# WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN
POD REDAKCJĄ DOC. DR MED. E. REICHER.

ROK XII. WARSZAWA, KWIECIEŃ 1938 R. NUMER IV.

## PRACE ORYGINALNE

### KARCZOCHY (CYNARA SCOLYMUS L.) W LECZNICTWIE

podał

WŁADYSŁAW BIERNACKI.

W ostatnim dziesięcioleciu fytoterapeuci francuscy zwrócili uwagę na własności lecznicze karczochów, używanych uprzednio jedynie jako wykwintne jarzyny. Pierwsze komunikaty szybko uległy klinicznemu sprawdzeniu z całkowicie dodatnim wynikiem i — w chwili obecnej — karczochy jako lek mają już za sobą dość bogatą literaturę.

Zapoznanie lekarzy polskich z tym nowym zagadnieniem farmakologicznym wydaje się być na czasie wobec tego, że prace nad wyciągami z karczochów prowadzimy w Polsce już od dłuższego czasu i nic nie staje na przeszkodzie szerszemu ich zastosowaniu.

*

K a r c z o c h y (Cynara scolymus L.) są to rośliny kwiatowe, należące do bylin z rodziny Z ł o ż o n y c h (Compositae), spotykane na południu Europy w hodowli i stanie zdziczałym.

Według D e C a n d o l l e'a („Origine des Plantes cultivées", 1883, p. 74) jest to odmiana uprawna kardów, Cynara cardunculus L., które rosną dziko w Południowej Francji, Włoszech, Hiszpanii, na wyspach Kanaryjskich, Maderze i Cyprze.

Dla pełnego swego rozwoju, karczochy wymagają więcej słońca, niż im dostarczyć może nasz klimat, — u nas więc nasion nie wydają i nie zimują; natomiast z nasion importowanych (francuskich lub włoskich) dają się uprawiać doskonale, wymagając jedynie gleby nieco wilgotnej, wyjątkowo żyznej, pulchnej, bogatej w substancje próchnicowe i sole potasowe [1]).

W Polsce zdawna sławiły się karczochy podkrakowskie ze wsi: Krowodrze i Łobzów, posiadających glebę czarnoziemną piaszczystą, zasobną w próchnicę.

W tych warunkach wyrastają karczochy w łodygi proste, grube, rowkowane, wysokie na 80 — 150 cm, bez kolców, z kilkoma bocznymi odgałęzieniami u wierzchołka, o wielkich liściach korzeniowych pierzasto-siecznych na ogonkach; liście łodygowe są nierówno-ząbkowane siedzące (bez ogonków), spodem pokryte kutnerem (owłosione). Łodyga uwieńczona jest

---

[1]) Jak duże są wymagania odżywcze tej rośliny wskazują nieprawdopodobnie wysokie ilości nawozów naturalnych i sztucznych, które — według znakomitego uczonego ś. p. prof. dra Jana Dybowskiego, członka Francuskiej Akademii Rolniczej — należy dawać na 1 ar hodowli karczochów sadząc roślinę od rośliny w odległości 1,2 metra w każdym kierunku. Przy takiej uprawie kiedy na 1 arze będzie tylko 64 rośliny, wspomniany badacz dawał nań pół tonny nawozu naturalnego i ok. 20 kg nawozów sztucznych (8,5 kg siarczanu amonu, 5,65 kg superfosfatu 15% i 5,75 kg siarczanu potasu)!

kwiatostanem koszyczkowym, wielkości pięści dorosłego człowieka, o grubołuskiej kolczastej okrywie; ten właśnie na wpół rozwinięty kwiatostan, posiadający bardzo mięsiste dno kwiatowe jest używany na jarzynę. Każda roślina tworzy jeden wielki kwiatostan na głównej łodydze i 2 — 3 mniejsze na bocznych. Korzeń karczocha — mięsisty, długi, gruby; na południu trwały, w naszym klimacie — przemarza i ginie (tak, że karczochy — będące zasadniczo roślinami wieloletnimi — u nas są uprawiane jedynie, jako rośliny jednoroczne).

Badania chemiczne karczochów wykryły w nich według analiz C. H. Jones and B. O. White:

| | |
|---|---|
| wody | 79,59% |
| substancyj azotowych | 2,12% |
| tłuszczów | 0,08% |
| glukozy | 0,07% |
| sacharozy | 12,05% |
| inuliny | 1,92% |
| popiołu | 1,51% |
| błonnika | 0,74% |

Inulina poprzednio już była wykryta w karczochach przez Daniehla, który również ustalił w nich obecność fermentów: inulazy i inwertazy (cytowane wg prof. dra Cierewitinowa: „Chimja świeżych płodów i owoszczej", Moskwa, 1938).

Karczochy — jako jarzyna — były znane już w czasach starożytnych (Grecy używali ich na pokarm pod nazwą „kinara"), następnie jednak pamięć o nich zanikła i aż do XV wieku nie były one w użyciu zupełnie. Natomiast w XV wieku, idąc z Zachodu, rozpowszechniły się w Europie tak szeroko, że — jak podaje „Masarykuv Slovnik Naucny" tom 1, str. 271 — „na Morawach uprawiano je wtedy powszechnie".

Uszlachetnione przez kulturę, karczochy stały się ponownie poszukiwane przez smakoszy: nie obyła się bez nich żadna uczta królewska, czy magnacka, przeciętny jednak obywatel widział w spożywaniu ich jedynie objaw wyrafinowanego zepsucia, tym bardziej, że piśmiennictwo ówczesne (np. Brantôme) uznawało karczochy za pokarm niezwykle podniecający.

Równolegle z rozpowszechnieniem się karczochów - jarzyny zaczęto spostrzegać ich działanie lecznicze.

Le Framboisière, lekarz nadworny Ludwika XIII, zaobserwował dodatnie działanie karczochów na przewód pokarmowy, a równocześnie stwierdził przydatność ich i przy puchlinie wodnej, za najcenniejszą jednak ich właściwość uważał zdolności części jadalnych karczochów do „rozgrzewania krwi i podniecania przyrodzenia człowieka do zapasów miłosnych"; ďom Aleksander Nicolas, zakonnik-botanik i lekarz, wskazał na karczochy, jako na skuteczny lek przeciwko żółtaczce, a Chaumel używał już karczochów stale do leczenia puchliny wodnej i żółtaczki.

Współcześni fytoterapeuci francuscy uważają tych badaczy za promotorów lecznictwa karczochowego, są jednak, pod tym względem, niewątpliwie w błędzie, gdyż w pierwszym już wydaniu słynnego polskiego „Zielnika" Szymona Syreńskiego (Syreniusza), profesora Akademii Krakowskiej (ur. 1541—† 1611), na str. 669 znajdujemy obszerny opis przeróżnych leczniczych wskazań dla karczochów ze smętną uwagą, że w Polsce — niestety — karczochy „sieją w ogrodziech... jeno dla brzuchowej roskoszy".

Wolno więc i trzeba uznać, że Szymon Syreński bądź sam zaobserwował lecznicze działanie karczochów i wtedy jemu należy przypisać zaszczyt wprowadzenia ich do lecznictwa na Wschodzie Europy, bądź też obserwacje te były zaczerpnięte z prac jego poprzedników i wtedy były one już znane na długo przed Le Framboisière (co zresztą jest niewątpliwym faktem, gdyż o moczopędnym i pobudzającym apetyt działaniu liści karczochów są już wzmianki w kodeksach botanicznych francuskich z 1578 roku (Mizauld).

Półtrzecia prawie wieku przeszło jednak, nim wyciąg z liści i korzeni karczochów oficjalnie uznano za lek chorób wątroby i — po raz pierwszy dopiero — w roku 1840 *Akademia Lekarska w Poitiers* poświęciła karczochom kilka swych posiedzeń naukowych, dochodząc — po obszernej dyskusji — do zgodnego wniosku, że wyciąg z tych roślin zawiera glukozyd z rzędu oksyantrachinonów bliski aloinie.

Glukozyd ten nazwano wtedy c y n a r y n ą.

We dwa lata później, *Akademia Lekarska w Paryżu*, na podstawie doniesienia dra M o n t a i n a, uznała karczochy za wartościowy środek przeciwgorączkowy.

Medycyna angielska zainteresowała się żywo leczniczym działaniem karczochów już znacznie wcześniej: w roku 1823; na podstawie doświadczeń licznych lekarzy angielskich ceniono sobie ich użycie przy kamicy nerkowej i puchlinie wodnej. Te same wskazania przypisują karczochom w Ameryce, dokąd przenikają one jako lek dopiero w drugiej połowie XIX wieku.

W tym samym czasie, we Francji, L e v r a t — P e r r o t o n (cytowane wg prof. Parturiera) zaleca już karczochy przy cierpieniach pęcherzyka żółciowego, podając chorym — przy żółtaczce nieżytowej — świeży sok z liści karczochów w dawce 250 gramów na dobę.

Rozwój chemicznego przemysłu farmaceutycznego i zalew preparatami syntetycznymi wszystkich rynków świata wywołały — jak ogólnie wiadomo — zanik ziołolecznictwa; karczochy, jak i wiele innych leków roślinnych, poszły w zapomnienie — aż do roku 1926.

Zasługę przypomnienia lekarskiemu światu o wartościach leczniczych karczochów przypisać należy Francuzowi drowi B r e l, który szczęśliwym trafem spotkał w zapadłym zakątku na południu Francji jakiegoś starego aptekarza i od niego dowiedział się w przygodnej rozmowie, że w połowie XIX stulecia lekarze francuscy powszechnie używali wyciągu z karczochów do leczenia żółtaczki.

Rozmowa ta była bodźcem do trzyletniej pracy klinicznej B r e l a nad karczochami, której wyniki przedstawił on w czerwcu 1929 roku na posiedzeniu *Akademii Lekarskiej w Paryżu.*

W badaniach swych B r e l posiłkował się początkowo odwarem liści karczochów, następnie — zgęszczonym w próżni — wyciągiem z tych liści.

Ciemno-brunatny taki wyciąg goryczą swą przypominał w smaku wyciąg chinowy lub goryczkowy; w wodzie rozpuszczał się on bez trudu, w każdej ilości, dając płyn całkowicie przezroczysty.

Podawany w dawce 1,5 grama, wyciąg ten działał znakomicie w przypadkach żółtaczek nieżytowych: wywoływał szybkie odbarwianie powłok, działał moczopędnie i polepszał stan ogólny. Tolerancja była bez zarzutu, żadnych przeciwwskazań nie wykryto.

Po komunikacie B r e l a zainteresował się żywo karczochami prof. dr C h a b r o l ze swymi uczniami: dr C h a r o n n a t, dr M a x i m i n i dr W a i t z.

Po dwuletnich prawie badaniach przygotowawczych i doświadczalnych złożyli oni *Towarzystwu Biologicznemu w Paryżu* sprawozdanie o żółciotwórczym i żółciopędnym działaniu Cynara scolymus L.

W toku swych badań C h a b r o l, C h a r o n n a t, M a x i m i n i W a i t z podawali psom dożylnie — wyciągi wodne i alkoholowe, napary i odwary z różnych części karczochów.

Stwierdzili oni przy tym, że wyciąg ze świeżych liści karczochów, wprowadzony do krwiobiegu zwierzętom doświadczalnym, wywoływał silny odczyn żółciotwórczy; zaobserwowali również, że „wydzielanie żółci może zwiększyć się czterokrotnie pod wpływem wstrzykiwań dożylnych, zarówno wyciągu z korzeni karczocha, jak i naparu z jego liści; łuski z okryw kwiatostanów nie zawierają natomiast w sobie ciał czynnych, działających żółciopędnie, liście zaś młodsze zawierają ich mniej, niż liście starsze — całkowicie dojrzałe".

Dalej C h a b r o l i jego uczniowie stwierdzili, że zwiększenie wydzielania żółci występuje nie odrazu, lecz postępuje powoli i dopiero po 2 — 3 godzinach od chwili podania przetworu z karczochów osiąga natężenie najwyższe. Ilość zawartych w żółci substancyj stałych jest przy tym zawsze silnie zwiększona i dochodzi do 150% normalnej wagi.

W tym samym czasie, kiedy w Paryżu C h a b r o l ze swymi uczniami badali działanie żółciopędne karczochów, w prasie lekarskiej miasta Bordeaux został ogłoszony przez dra V a r g e l y przyczynek kliniczny „O l e c z e n i u n a w a ł u w ą t r o b y w y c i ą g i e m z l i ś c i k a r c z o c h ó w".

Przypadek dotyczył 53-letniego mężczyzny, alkoholika od lat 10-ciu, z objawami zaburzeń wątrobowych.

Chory miał silną żółtaczkę i powiększoną wątrobę (na 6 palców poniżej łuku żebrowego); kał bezbarwny; mocz skąpy (600 cm³ na dobę) ciemno-mahoniowy ze znaczną zawartością barwików żółciowych, białka, indolu i skatolu.

Wszystkie specyfiki, zalecane w tym wypadku, zawiodły, wobec czego dr V a r g e l y przepisał choremu 0.4 grama wodno-alkoholowego wyciągu z karczochów, nie podając mu równocześnie żadnych innych lekarstw.

Po niespełna dobie, obraz kliniczny chorego był już nie do poznania: ilość moczu doszła po 24 godzinach do dwóch litrów i na 4. dzień — do trzech; natężenie barwy moczu osłabło, kał nabrał wyglądu prawidłowego, żółtaczkowe zabarwienie skóry powoli znikło, wątroba zaś zmniejszała swą objętość „wprost w oczach" i w ciągu 8 dni doszła do normy.

Spostrzeżenia te wywołały wśród lekarzy francuskich ogólne żywe zainteresowanie żółciopędnym działaniem karczochów i prof. dr L o e p e r ze swymi współpracownikami d-rami L e m a i r e i D a n y pierwsi użyli stalagmometru dla dokładniejszego zbadania zmian chemizmu żółci pod wpływem podawanego per os wyciągu z karczochów.

W rezultacie swych badań autorowie ci doszli do wniosku, że wyciąg z karczochów jest środkiem raczej żółciotwórczym, niż żółciopędnym, i zwiększenie toku żółci jest wynikiem wzmożenia żółciotwórczej działalności wątroby.

Pogląd ten został całkowicie potwierdzony przez T r e m o l i è r e s'a, F a n c h e t a i T h i é r y'ego, którzy mieli możność przeprowadzenia obserwacyj nad działaniem na ustrój człowieka wyciągów z karczochów w wyjątkowo pomyślnych warunkach: u chorego z całkowitym zarośnięciem dróg żółciowych i przetoką po rozcięciu pęcherza żółciowego.

Badacze ci ustalili, że — po podaniu 0,6 grama wyciągu z karczochów na dobę — ilość żółci dochodziła do jednego litra, a nawet do 1300 cm³. W przeciwieństwie do tak znacznego zwiększenia dobowej ilości wydzielanej żółci, procentowa ilość kwasów i soli żółciowych ulegała bardzo nieznacznemu zwiększeniu.

Dalsze badania biologiczne nad działaniem leczniczym wyciągu z karczochów (T i x i e r i jego uczniowie) poświęcone były zagadnieniu wahań poziomu cholesteryny we krwi pod wpływem wprowadzania do ustroju wyciągu z karczochów.

Badania te były prowadzone dwuetapowo. W pierwszym — czysto klinicznym — etapie pracy T i x i e r, E c k i C h r i s t o p h e podawali zgęszczony w próżni wyciąg z karczochów, w ilości od 0,7 do 1,5 grama na dobę, chorym z objawami stwardnienia tętnic z nadciśnieniem lub bez nadciśnienia, z chronicznym zapaleniem nerek lub bez niego, lecz zawsze z poziomem cholesteryny we krwi, przewyższającym dwa gramy.

Jedenaście razy na 13 przypadków stwierdzono — przy znacznym polepszeniu stanu klinicznego — wyraźne zmniejszenie ilości cholesteryny we krwi.

W dalszym okresie tych badań T i x i e r, E c k i S è z e zastosowali już nie podawania doustne, zgęszczanego w próżni, wyciągu z karczochów, lecz wstrzykiwania dożylne z a s a d y k r y s t a l i c z n e j, otrzymanej z takiego wyciągu w lipcu 1933 roku przez d-ra G. E d g a r d - R o s a. Mniemali bowiem oni, że wyniki lecznicze, otrzymane na tej drodze, będą szybsze i energiczniejsze, niż przy podawaniu doustnym całkowitego wyciągu.

Do wstrzykiwań brano każdorazowo, co drugi dzień, 5 cm³ d w u p r o c e n t o w e g o rozczynu wspomnianej wyżej zasady krystalicznej (o bliżej chemicznie nieokreślonym składzie). Leczenie takie trwało szereg tygodni; w dni, kiedy wstrzykiwań nie robiono, podawano chorym doustnie od 1 do 1,3 grama wyciągu z karczochów, zgęszczonego do sucha.

W sprawozdaniu, złożonym *Towarzystwu Terapeutycznemu w Paryżu*, T i x i e r, E c k i d e S è z e stwierdzili kategorycznie, że przy tym sposobie leczenia następuje szybkie (często: trwałe) polepszenie objawów klinicznych w przypadkach sklerozy mózgu, nerek i naczyń.

Z punktu widzenia biologicznego, autorowie ci ustalili, — za pomocą specjalnie przez nich opracowanej i bardzo precyzyjnej metodyki, — objaw bardzo ciekawy: początkowe z w i ę k s z e n i e ilości cholesteryny we krwi po pierwszych wstrzyknięciach przetworu karczochowego, następnie o b n i ż e n i e jej d o

poziomu sprzed leczenia, po czym następowało — w miarę postępu leczenia — obniżenie poniżej pierwotnego poziomu.

Wynik tych spostrzeżeń zaskoczył autorów, którzy spodziewali się raczej natychmiastowego obniżenia, a nie zwiększenia ilości cholesteryny we krwi, po wprowadzeniu do ustroju substancyj czynnych z karczochów; zaskoczył ich tym bardziej, że prawie zawsze początkowemu zwiększaniu poziomu cholesteryny krwi odpowiadało znaczne polepszenie objawów klinicznych takich, jak zawroty głowy, utrata pamięci, ogłuszenia itp. Wysunięto więc „hypotezę roboczą", że ten przejściowy nadmiar cholesteryny we krwi jest przejawem swoistej mobilizacji cholesteryny w tkankach pod wpływem podawanego leku i przesunięcia cholesteryny z tkanek do układu krwionośnego, skąd łatwiej może być ona usunięta.

Dla wyjaśnienia tego zagadnienia Tixier i jego uczniowie poddali systematycznym badaniom zdolność krwi rozpuszczania cholesteryny i zależność tego zjawiska od wprowadzania do ustroju wyciągu z karczochów.

Badania te doprowadziły do stwierdzenia, że początkowe zwiększenie ilości cholesteryny we krwi postępuje równolegle ze znacznym zwiększeniem rozpuszczalności cholesteryny we krwi danego osobnika. Są to zjawiska wyraźnie i ściśle ze sobą związane: zaraz po pierwszych wstrzykiwaniach rozczynu zasady krystalicznej karczochów następuje — zdaniem Tixier — niewątpliwie dlatego zwiększenie cholesteryny we krwi, że krew ta (ściślej — jej osocze) nabiera zdolności łatwiejszego rozpuszczania cholesteryny tkankowej; w miarę więc tego rozpuszczania (a co za tym idzie) i usuwania z ustroju nadmiaru cholesteryny, zalegającego w tkankach — pod wpływem podawanego leku — poziom jej i we krwi, rzecz jasna, musi się następnie wydatnie obniżać.

Dalsze badania Tixier i jego uczniowie poświęcili zagadnieniom wpływu wyciągu z karczochów na przemianę azotową w ustroju ludzkim, przy czym na pierwszy plan wysunięto również obserwacje kliniczne, kontrolowane doświadczalnie.

Ustalono, że wyciąg z karczochów — zarówno podawany doustnie, jak i dożylnie — działa silnie moczopędnie, a w wydzielanym moczu wydatnie zwiększa się procent mocznika (równolegle stwierdzono to i u królików, karmionych liśćmi karczochowymi).

Zdaniem Eck a poczynione obserwacje uprawniają do zaliczenia wyciągu z karczochów do liczby środków nader pożytecznych przy leczeniu niedomogi nerkowej.

W rezultacie drobiazgowych badań Tixier, Christophe, Eck i de Sèze doszli do wniosków następujących:

1) liście karczochów zwiększają ilościowo i jakościowo wydzielanie żółci, będąc istotnym środkiem żółciotwórczym (choleretícum verum), i mogą oddać znaczne usługi przy leczeniu zapaleń i marskości wątroby;

2) liście karczochów wpływają na przemianę azotową w ustroju: hamują osadzanie cholesteryny w tkankach i ułatwiają jej wydalanie; powinny zatem być przydatne przy miażdżycy tętnic;

3) liście te działają moczopędnie i zwiększają w moczu zawartość procentową mocznika; jak się zdaje, mają one wpływ na przemianę w mocznik tkankowych złogów ciał azotowych (nie mocznikowych) i — w ten sposób — ułatwiają ich usuwanie; wpływają one również korzystnie na zastępcze funkcje wątroby przy niedomodze nerkowej, zatem i w tym schorzeniu winny być stosowane.

Zasługują na specjalną uwagę, dokonane przez szkołę Tixiera, porównawcze badania chemiczne żółci przed rozpoczęciem kuracji karczochowej i w czasie jej trwania.

Przed podawaniem wyciągu z karczochów w badanej żółci znaleziono pro mille:

| | |
|---|---|
| cholesteryny | 0,3 g, |
| kwasów i soli żółciowych | 4,4 g; |

po wyciągu z karczochów otrzymano w żółci tegoż chorego następujące wyniki pro mille:

| | |
|---|---|
| cholesteryny | od 0,07 do 0,123 g, |
| kwasów i soli żółciowych | 5,0 g, |
| barwików żółciowych | od 0,05 do 0,06 g. |

W ciągu ostatnich paru lat piśmiennictwo lekarskie wzbogaciło się dwoma monografiami o leczniczym działaniu karczo-

chów: d-ra Feliksa Monville i d-ra René Picarta.

Monville opisał szczegółowo osiemnaście przypadków klinicznych, leczonych karczochami.

Na podstawie obserwacyj swych własnych i opierając się na ustaleniach autorów dawniejszych, Monville w pracy swej doszedł do następujących wniosków. Wartość lecznicza karczochów znana była zdawna, zbyt długo nie doceniano jej jednak; używane początkowo w cierpieniach najrozmaitszych, jak wodna puchlina, dna, gościec, biegunki, zaparcia jelitowe i nawet oziębłość płciowa, obecnie — wobec stwierdzenia bezspornego działania wyciągu z karczochów na wątrobę — winny one znaleść szerokie zastosowanie przy cierpieniach wątroby, zwłaszcza przy jej niedomodze.

Działanie lecznicze karczochów przejawia się klinicznie we wzmożeniu wszystkich czynności wątroby, w ilościowym zwiększeniu wydzielania się żółci i w zwiększeniu diurezy — jest to więc równocześnie lek tonizujący wątrobę, żółciotwórczy, żółciopędny i diuretyczny. Poza tym umniejsza on poziom cholesteryny i mocznika we krwi (gdy ten jest zwiększony), oraz obniża ciśnienie tętnicze.

Głównymi wskazaniami dla terapii karczochowej zdaniem Monville'a są:

żółtaczki nieżytowe,
żółtaczki zakaźne wtórne,
zawały wątrobiane,
marskość wątroby,
niedomoga wątroby,
kamica nerkowa

i wszystkie te stany zakaźne, przy których staje się niezbędne zwiększenie przeciwtoksycznej działalności wątroby.

Według spostrzeżeń Monville'a wyciąg z karczochów łatwo się wchłania, nie jest trujący i nie ma żadnych przeciwwskazań; normalna jego dawka wynosi od 0,6 do 2 gramów i więcej na dobę.

Za najpowszechniej używaną formę farmakologiczną karczochów Monville uznaje zgęszczony w próżni wyciąg wodny ze świeżych liści, odbiałczony i pozbawiony chlorofilu. Jest to preparat o barwie ciemno-kasztanowej, zapachu lukrecji, smaku ostrym i gorzkim, łatwo rozpuszczalny w wodzie.

Ostatnia z prac nad własnościami karczochów, monografia dra Picarta była pisana już po wyodrębnieniu z wyciągu karczochów krystalicznej zasady i pod wyraźnym wpływem badań chemicznych dra Edgarda-Rosa.

Picart w klinicznych i doświadczalnych swych badaniach używał rozczynów wodnych krystalicznej zasady z wyciągu karczochów; uważa on wydzielenie tej zasady za moment przełomowy w dziejach terapii karczochowej i, podzielając całkowicie mniemania w tej sprawie dra Edgard-Rosa, przypisuje działania żółciotwórcze i żółciopędne wyciągu z karczochów (które potwierdza w całej pełni) zawartości w nim tej właśnie „zasady krystalicznej", w której widzi złożony związek organiczny potasu, magnezu, wapnia i sodu.

Badania doświadczalne, poczynione przez Picarta na królikach, którym wstrzykiwano dożylnie jałowy rozczyn krystalicznej substancji organicznej, otrzymanej z karczochów, ustaliły niezbicie:

a) że czynnik ten równocześnie wywołuje zwiększone oddawanie moczu i zwiększenie ilości mocznika w wydzielanym moczu (zaobserwowano to nie tylko na zwierzętach zdrowych, lecz i na zwierzętach chorych przy doświadczalnych zapaleniach nerek) — działanie karczochów na nabłonek nerkowy jest więc faktem bezspornym;

b) że karczochy pobudzają funkcję mocznikotwórczą wątroby; wydzielanie mocznika z ustroju, spowodowane przez czynnik zawarty w karczochach, dokonywa się kosztem mało rozpuszczalnych złogów azotowych, zgromadzonych w tkankach;

c) że wyciąg z karczochów, stosowany parenteralnie, wpływa na przemianę tłuszczową, w szczególności na metabolizm cholesteryny;

d) że pobudzanie działalności wątroby przez czynniki, zawarte w karczochach, stawia zaporę tłuszczowemu przeciążeniu wątroby, gdyż przyśpiesza spalanie tłuszczów kosztem usuwania nadmiaru cholesteryny z ustroju;

e) że powtórne wstrzykiwania wyciągów z karczochów wpływają na zwiększenie potencjału rozpuszczalności cholesteryny w osoczu krwi, co uniemożliwia odkładanie się cholesteryny w tkankach i ułatwia jej usuwanie.

Obserwacje kliniczne Picarta potwierdzają i uwypuklają podwójne działanie karczochów na przemianę tłuszczową i białkową ustroju; zarówno u człowieka, jak i u zwierząt, wyciągi z karczochów zwiększają wydatnie ilość dobową moczu i ilościową zawartość w nim mocznika, a — co za tym idzie — wywołują one obniżenie ilości mocznika we krwi i polepszenie objawów klinicznych, zależnych od zawartości mocznika we krwi.

Wyciąg z karczochów wywołuje również zwiększenie zdolności osocza krwi do rozpuszczania cholesteryny, zawartej w ustroju.

Wobec tych ustaleń — zdaniem Picarta — stosowanie wyciągu z karczochów winno być zalecane:

*u dorosłych*

we wszystkich postaciach niedomogi wątroby i nerek,

w przewlekłych stanach zapalnych nerek z objawami mocznicowymi i nadciśnieniem, jak również z białkomoczem i obrzękami;

we wszystkich przypadkach miażdżycy tętnic,

w ostrych zapaleniach nerek,

w niedomogach sercowo-nerkowych;

*u dzieci*

zawsze wtedy, gdy wskazana jest bardziej energiczna działalność wątroby i nerek.

Użyteczności karczochów specjalnie w chorobach dzieci poświęcił osobne studium prof. dr Tixier; zaleca on stosowanie wyciągów z karczochów w praktyce pediatrycznej, wymownie zaznaczając „szczęśliwy wpływ karczochów na wzmożenie czynności wątroby i nerek".

Mając na względzie przykry (bardzo gorzki) smak wyciągów z liści karczochów, Tixier podaje je dzieciom po 20 ctg na dawkę: bądź w pigułkach w postaci zgęszczonego wyciągu alkoholowo - wodnego, bądź też w drażetkach. Starsze dzieci dobrze znoszą domięśniowe wstrzykiwania „czynnego składnika z karczochów" w jałowym wodnym rozczynie (wstrzykiwania podskórne są bardzo bolesne!).

Przegląd całego piśmiennictwa o leczniczym działaniu wyciągów z karczochów pozwala uważać za całkowicie udowodnione i bezsporne ich działanie w dużym stopniu żółciotwórcze, żółciopędne i diuretyczne.

Wszyscy badacze są zgodni, że w niedomogach wątroby, stanach zapalnych pęcherzyka żółciowego, ostrych i przewlekłych stanach zapalnych oraz niedomodze nerek stosowanie wyciągu z karczochów daje dodatnie wyniki lecznicze i jest bezwzględnie zalecenia godne. Jako wskazania dalsze, występują: niedomogi sercowo-nerkowe i miażdżyca naczyń krwionośnych.

Inaczej — w chwili obecnej — przedstawia się zagadnienie, jakie składniki czynne — zawarte w karczochach — mogły by uzasadnić ich działanie lecznicze.

Pod tym względem karczochy nie stano-

wią wyjątku od wielu innych roślin leczniczych, które są bezspornymi lekami na określone cierpienia, choć nikt wyjaśnić jeszcze nie jest w stanie jakim substancjom składowym działanie to może być przypisane.

Reasumując dotychczasowe badania chemiczno - farmakologiczne nad karczochami, przypomnieć wypada, że początkowo Chatin i Guitteau (1840) przypisywali działanie wyciągu z karczochów zawartej w nich cynarynie, którą Edgard-Rosa po dokładniejszym zbadaniu w roku 1927 uznał za substancję analogiczną aloetynie (z aloesu), a więc za związek oksyantrachinowy. Z poglądem tym nie zgodził się jednak Chabrol i jego uczniowie (1931), twierdząc, że nigdy nie otrzymymywali z sokiem karczochów barwnego odczynu Borntraegera, charakterystycznego dla oksyantrachinonów (zabarwianie się na wiśniowo benzenowego rozczynu substancji roślinnej, zawierającej oksyantrachinony po dodaniu kropli amoniaku), a żółć—pobrana po wstrzykiwaniu do ustroju wyciągu z karczochów — również nigdy nie miewa odcienia czerwonawego, występującego tak jaskrawo po dożylnym wprowadzeniu jakiegokolwiek oksyantrachinonu, np. alizaryny.

Wobec powagi naukowej Chabrola i jego szkoły, Edgard-Rosa odstąpił od swych poglądów pierwotnych i w dalszych pracach z 1929 roku wyraził mniemanie, że tak silne działanie żółciotwórcze i moczopędne karczochy zawdzięczają nie cynarynie, lecz swym organicznym składnikom potasowym i magnezowym.

Chabrol poddał kontroli badawczej to twierdzenie Edgard-Rosa i odrzucił je kategorycznie na tej podstawie, że wodny wyciąg z liści karczochów, zastrzyknięty w ilości 1 grama psu, wywoływał znaczne zwiększenie ilości wydzielanej żółci (z dwóch gramów na dziesięć w ciągu 30 minut); popiół zaś z takiego wyciągu, rozpuszczony w wodzie i również wstrzyknięty psu, okazał się całkowicie nieczynny.

Doświadczenie to jednak nie jest przekonywujące, gdyż — przy kalcynacji wyciągu organicznego — mogą ginąć związki, odgrywające rolę nader czynną.

W dalszych swych badaniach Chabrol, Charonnat, Maximin i Waitz doszli do wniosku, że czynnikiem żółciotwórczym w karczochach jest bliżej nieokreślony „kwaśny związek, dający z ołowiem nierozpuszczalną sól" — prawdopodobnie, organiczny związek cykliczny fenolu.

Składnik krystaliczny, wyosobniony przez Edgard-Rosa ze zgęszczonego w próżni wyciągu z karczochów, — zdaniem odkrywcy, — znajduje się w roślinie w stanie wolnym, w związkach z wapniem, magnezem, potasem i sodem.

Kryształy jego są wielokształtne i bezbarwne, w rozczynie wodnym skręcają płaszczyznę polaryzacji w lewo, odbarwiają rozczyn nadmanganianu potasu.

Z punktu widzenia fizjologicznego jest to związek zupełnie nie trujący i nie drażniący, wstrzykiwania jego są względnie niebolesne i doskonale znoszone.

Zdaniem naszym, cała ta kwestia jest daleka jeszcze od ostatecznego rozwiązania i wymaga badań dalszych, które by ją oświetliły zarówno ze strony chemicznej, jak i farmakologicznej.

Analiza części składowych soku karczochów, względnie wyciągu z karczochów, jest zagadnieniem przyszłości; wyodrębnienie poszczególnych składników czynnych — jest, niewątpliwie, sprawą na czasie; nie będzie to jednak ani łatwe, ani proste.

Z chwilą, gdy składniki te będą wyodrębnione, do głosu dojdą farmakolodzy, którzy będą mieli wdzięczne zadanie porównawczego doświadczalnego zbadania działań na ustrój każdego z tych składników zosobna. Będą wśród nich, niewątpliwie, substancje czynne i całkowicie obojętne ciała buforowe.

Nie wydaje się słuszne, aby z zastosowaniem klinicznym wyciągu z karczochów czekać należało do zakończenia wspomnianych badań, które dalekie są jeszcze od ich należytego rozpoczęcia.

Terapia korzysta dawno w cierpieniach wątroby i nerek z cennych walorów wielu ziół leczniczych, które dotąd nie są lepiej zbadane od karczochów, a oddają chorym cenne usługi. Dość wspomnieć o roślinach takich, jak Boldo, Combretum Rambaultii i tyle, tyle innych!

Może się okazać zresztą, że najbardziej czynny leczniczo, a więc i najbardziej peł-

nowartościowy w lecznictwie, będzie właśnie całkowity wyciąg z karczochów (przykład działania pełnego zespołu składników makowca jest pod tym względem bardzo pouczający).

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że celowe będzie zbadanie zestawów synergetycznych: karczochów (żółciotwórczych) z innymi roślinami (żółcio- i moczopędnymi), gdyż działanie synergetyczne zespołów roślin jest zdawna podstawą [3]) fytoterapii.

W chwili obecnej, najbardziej zalecenia godny jest, zdaniem naszym, odpowiednio przygotowany wyciąg z karczochów wodno - alkoholowo - eterowy, otrzymany ze świeżo zebranych stabilizowanych roślin i zgęszczony w próżni przy niskiej temperaturze do sucha. Nie ma celu pozbawiać wyciągu tego chlorofilu, jak tego żądali niektórzy lekarze francuscy, — wszak wiemy, że chlorofil sam przez się jest pożytecznym lekiem [2]). 1,5 grama na dobę takiego zgęszczonego wyciągu (w 6 — 8 dawkach), w drażetkach lub opłatkach, należy uważać za średnią dawkę normalną.

Co się natomiast tyczy stosowania dożylnych, czy domięśniowych wstrzykiwań „zasady krystalicznej" z karczochów (o dotkliwej bolesności takich wstrzykiwań podskórnych wspomnieliśmy już wyżej), należy poddać je dalszym badaniom w warunkach, uniemożliwiających wnioskowania błędne i niepewne.

Nie uważamy, aby w dotychczasowych francuskich doświadczeniach klinicznych warunki te były zachowane, gdyż Tixier, Eck i de Sèze, którzy pierwsi zastosowali w praktyce ten składnik karczochów, wstrzykując go co drugi dzień w 2% wodnym rozczynie, w przerwach między wstrzykiwaniami podawali doustnie 1 - 1,3 grama, zgęszczonego do sucha, pełnego wyciągu z liści karczochów.

Ponieważ równoległych kontroli nie robiono, można więc podnieść uzasadnione wątpliwości, czy polepszenie objawów klinicznych — przy takim sposobie leczenia — nie należało by przypisać tym właśnie — podawanym ubocznie — całkowitym wyciągom z karczochów?

Doceniając w całej pełni celowość dalszych ścisłych badań i konieczność nowych poszukiwań ciał czynnych w karczochach, pragnęlibyśmy jednak prowadzenia ich w warunkach nie nasuwających — zbyt już rażących — wątpliwości.

*

Reasumując wszystko, co dotychczas o wartości leczniczej karczochów wiadomo, stwierdzamy, że można uważać już za bezsporne: korzystne działanie wyciągu z karczochów na wątrobę i nerki.

Nim więc dalsze badania farmakologiczne i kliniczne sferę wskazań dla karczochów rozszerzą, stosować je należy w niedomogach wątroby i nerek ze specjalnym uwzględnieniem: nieżytów pęcherzyka żółciowego i kamicy żółciowej — z jednej strony, kamicy nerkowej — z drugiej.

Zapoznanie się najszerszych kół lekarzy z tą — nową dla nas — rośliną leczniczą flory krajowej i docenienie jej tak, jak na to, niewątpliwie, zasługuje, może mieć duże znaczenie w możliwych zawsze momentach braku w kraju surowców leczniczych obcych, podzwrotnikowych, dotychczas używanych powszechnie.

[2]) Por.: E. Bürgi — Therapeutische Monatschrift XXXII, 1918 („Chlorophyll wirkt stark blutbildend und regt Darm — sekretion und Peristaltik an").

[3]) Cały szereg takich zestawień roślinnych mamy już obecnie w badaniu.

Na innym miejscu złożymy sprawozdanie z prac naszych nad uzyskaniem nowych synergetycznych własności roślin przez t. zw. „symbiozę transplantacyjną".

Opiera się ona na spostrzeżeniach, poczynionych w ciągu trzydziestu lat przez znakomitego rosyjskiego biologa Miczurina i jego szkołę, że szczepienie rośliny (nawet jednoletniej) na inną roślinę (chociażby z odmiennych rodzin) wywołuje cenne zmiany chemizmu i własności obu składowych roślin: podszczepu i wszczepu.

## PIŚMIENNICTWO.

1. Albrecht — L'insuffisance hépatique dans le Prurigo strophulus de l'enfant. Thèse. Paris, éd Lavergne, 1935.

2. A u b e r g e — Un beau cas de l'Ictère infectieux guéri par le Cynara (Les Echos de la Medécine, 1 lipiec 1933).

3. B a u h i n — Histoire des plantes de l'Europe. 1781.

4. B e g g i et D e t t o r i — Action diurétique de Cynara Scolymus, étude expérimentale. (Il Policlinico, 2 kwiecień 1934) — wg Picarta (Nr 40).

5. B r e l — La feuille d'Artichaut. Son emploi dans les affections du foie, en particulier dans l'ictére catarrhal (Bulletin de Biologie Clinique de Bordeaux (kwiecień 1928); Bulletin de la Société Thérapeutique (posiedzenie z dnia 12 czerwca 1929).

6. B r e l — La feuille d'Artichaut et le foie; son action cholagogue et diurétique (Le Courrier Médical, marzec, 1930).

7. B r e l — L'Artichaut (Cynara Scolymus), étude historique, littéraire, agricole, alimentaire et médical. Paris, éd. Legrand. 1930.

8. C h a u m e t o n — La Flore médicale. Paris, éd. Pankoucke. 1842.

9. C h a b r o l, C h a r o n n a t, M a x i m i n, W a i t z — Action cholérétique du Cynara Scolymus (C. R. Soc. de Biologie, grudzień, 1931; Kongres Kamicy Nerkowej w Vichy, wrzesień 1932).

10. C h a b r o l, C h a r o n n a t, C o t t e t — „Insuffisance rénale", diurèse et cholérèse (kongres w Évian, 18-20. IX.1933).

11. C h a b r o l et M a r c e l C a c h i n — L'émonctoires hépatiques de la Cholestérine (Société de Thérapeutique, 18.X.1934).

12. C h a b r o l, C h a r o n n a t, M a x i m i n, W a i t z et P o r i n — L'action cholérétique des Composées (C. R. Soc. de Biologie, 5.XII.1935).

13. C u v i e r — Syndrôme hépato-entéro-pulmonaire (Bulletin de Biologie Clinique de Bordeaux. Kwiecień 1929).

14. E c k et D e s b o r d e s — Bulletin de la Société de Chimie Biologique, Nr 2/1935.

15. E d g a r d - R o s a — Cynara Scolymus (La Nature, 1.XI.1927).

16. E d g a r d - R o s a — Sur la localisation et la nature du principe actif du Cynara Scolymus (Les Nouvelles Thérapeutiques, 1.II.1932).

17. E d g a r d - R o s a — Le principe actif du Cynara Scolymus (Les Échos de la Médécine, 1.III.1932).

18. E d g a r d - R o s a — D'un principe cristallisé du Cynara Scolymus (Gazette des Hôpitaux, 14.III.1934).

19. E d g a r d - R o s a — Un Nouveau Test en Chimie biologique: le pouvoir cholestérolytique (Bulletin de Biologie Clinique de Bordeaux, 1935).

20. G i b a u l t — Histoire des légumes. Paris, 1912.

21. G u i b o u r t — Histoire naturelle des drogues simples.

22. G u i t t e a u — Rapport á l'Académie de Médecine de Poitiers, 1840.

23. F r u i c t i e r — Principales notions actuelles sur le Cholestérol (Répertoire Médical Pratique, Nr 104, 1935).

24. La F r a m b o i s i è r e — Oeuvres 1613, p. 95 — wg dra Monville (Nr 36).

25. L a r o c h e et G r i g a u t — La Cholesterolémie (Journ. Méd. Franç. Nr. 2/1935).

26. L e c l e r c — La feuille d'Artichaut dans le Traitement des Maladies du Foie (La Presse Médicale, 6.XII.1928).

27. L e c l e r c — Les Légumes de France, Paris, éd. Masson, 1929.

28. L e m e r y — Traité des drogues simples, 1674.

29. L e v y - D a r r a s — Traitement des petites Azotémies par le Cynara (Soc. de Méd. de Paris, 8.III.1935).

30. L i a n et F a c q u e t — Les Concours Médicales, Nr 7, 17.II.1935.

31. L o e p e r — Compte - rendu de la Soc. de Biologie, t. 198, 1928, p. 101.

32. L o e p e r — Leçons de pathologie digestive. Paris, éd. Masson, 1930.

33. Loeper, Lemaire et Dany — La Méthode Stalagmométrique dans l'Etude de certains cholérétiques (Progrés Médical, 20.VIII.1932).

34. Loeper — L'orientalion clinique du traitement de l'athérome artériel (Revue de Médecine, luty 1933).

35. Loeper — La cholestérolémie, maladie précipitante. (Revue de Médecine, Nr 4/1937, p. 199 — 203.

36. Monville — Le Cynara Scolymus (artichaut cultivé) en thérapeutique. Thèse. Paris, 1933.

37. Parturier — L'Artichaut, le Citron et le Charbon dans la Thérapeutique hépato - biliaire (La Vie Médical, 5.V.1932).

38. Parturier — Précis de Phythothérapie hépato - biliaire. Paris, éd. Vigot Frères, 1934, p. 92 — 107.

39. Planchon — Précis de matières médicales.

40. Picart — Etude expérimenlisé du Cynara Scolymus (artichaut cultivé). Thèse. Paris, 1935.

41. Ravina — L'action thérapeutique de la feuille d'Artichaut et son principe cristallisé (La Presse Médicale, t. XLII, Nr 65/1934, p. 1299).

42. De Sèze — La feuille d'artichaut (Cynara scolymus) en thérapeutique. (Progrès Médical, Nr 48/1934, p. 1919).

43. Tixier, De Sèze et Eck — Nouvelles recherches sur l'action thérapeutique de la feuille d'artichaut. Essai clinique et expérimentale d'un principe cristallisé (Société de Thérapeutique de Paris, séance du 5 avril 1933).

44. Tixier-Eck-Christophe — Influnce de la feuille d'Artichaut sur les taux de la cholestérine et de l'urée sanguine (Revue de Pathologie comparée, 1.IX.1933).

45. Eck — La signification de l'azotemie et de la cholésterinemie. Le rôle de le retention tissulaire. Le cycle des éliminations aprés stimulation thérapeutique des fonctions hépato - rénales. (Extrait des Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, Seánce du 6.VI. 1934, Nr 24).

46. Tixier & Eck — Traitement de l'Hypercholestérinémie (Société de Thérapeutique, posiedzenie z dn. 18.X. 1934).

47. Tixier — L'emploi du Cynara en Médicine infantile (son heureuse influence sur la stimulation des fonctions hépato - rénales). Extrait de la Revue Médicale Française (Nr de Mai, 1935).

48. Tixier, de Séze et Eck — La thérapeutique des maladies par excès de cholesterol (Revue de Médecine, Nr 4/1937, p. 204 — 222).

49. Trémolières, Thiéry et Fauchet — Etude d'une fistule biliaire chez l'homme. (Revue de Médecine, październik 1933).

50. Truelle — L'Artichaut. Paris, éd. Masson.

51. Vergely — Sur un cas de congestion du foie traité par l'extrait hydro - alcoolique du feuille d'artichaut (Journal de Médecine de Bordeaux, marzec 1931).

---

Zapisujcie się na członków Rodziny Lekarskiej. konto czek. P.K.O. nr. 15.922
Składajcie ofiary na budowę schroniska dla wdów i sierot po lekarzach
konto czekowe P.K.O. nr. 18.235

## ROLA GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO W CHOROBIE RAKA.

podał
LEON MANTEUFFEL.

Piśmiennictwo, dotyczące zagadnienia roli wydzielania wewnętrznego w chorobie raka, jest bardzo obfite. Usystematyzowanie jednak tych wiadomości i oświetlenie ich w sposób jednolity napotyka na duże trudności.

W dziedzinie tej roi się od szeregu bądź to istotnych bądź też pozornych sprzeczności, wyjaśnienie których nie zawsze jest możliwe.

Spostrzeżenia dotyczące tego zagadnienia opierają się — tak jak zresztą wszelkie inne badania z zakresu endokrynologii — na danych z patologii ludzkiej oraz na pracach doświadczalnych.

Trudności jakie powstają przy przenoszeniu na człowieka spostrzeżeń opartych na pracach doświadczalnych, są może jedną z ważniejszych przyczyn powstawania tych sprzeczności. Nie jest to jednak jedynym powodem owych nieporozumień.

Niejednokrotnie ujmuje się ten czy inny gruczoł jako coś jednolitego i nie uwzględnia się, że wydziela on często nie jeden lecz dwa, lub więcej hormonów, z których każdy może mieć inny wpływ na rozwój sprawy nowotworowej.

Nie wszyscy autorzy zgadzają się również na to, że pewne narządy mogą mieć jedynie własności pobudzające, bądź też tylko hamujące wzrost tkanki nowotworowej. Szereg takich badaczy, jak M a i s i n, B l u m e n t h a l, M u r p h y, P e l c z a r raczej przypuszcza, że w każdym narządzie są ciała pobudzające i hamujące wzrost, przy tym rozkład tych ciał w narządach nie jest równomierny: w jednych jest więcej czynnika hamującego, w innych czynnika przyśpieszającego". (F l o k s z t r u m p f i K o ł o d z i e j s k i. Nowotwory T. XII. Nr 1 — 2, str. 220). Jeżeli tego rodzaju twierdzenie uznać za słuszne, to wyniknie stąd szereg nowych trudności przy ocenie działania tego czy innego gruczołu. Wyjaśni to bliżej dalszy wyjątek z przytoczonego wyżej artykułu F l o k s z t r u m p f a i K o ł o d z i e j s k i e g o:

„Do narządów antiblastomatycznych wg M a i s i n a należą świeże: mózg, grasica, szpik kostny; proszek z roztartej śluzówki żołądka, gruczoły chłonne. Taki podział stosuje się zresztą tylko do narządów świeżych. Przy odpowiedniej przeróbce narządów można własności ich do pewnego stopnia zmienić. Tak, np. pobudzające wzrost działanie wątroby można wzmocnić, jeżeli zastosować zamiast świeżego narządu wyciąg eterowo - acetonowy; wyciąg eterowo - acetonowy z mózgu można tak przerobić, że miast hamować będzie odwrotnie wybitnie pobudzał wzrost tkanki nowotworowej. Śluzówka żołądka w stanie świeżym działa wybitnie hamująco na wzrost nowotworowej tkanki, natomiast po przegotowaniu jej działa przyśpieszająco.

„Wydaje się, że te badania M a i s i n a mogą do pewnego stopnia tłumaczyć pewne duże różnice pomiędzy doniesieniami wybitnych badaczy: tak, gdy M a i s i n podkreśla wpływ hamujący wyciągów eterowo - acetonowych, to Murphy i Ficher przeciwnie uważają, że tylko wodne wyciągi mogą powstrzymywać wzrost nowotworu.

„W zależności od sposobu przygotowania różnych narządów działanie ich może być różne".

Przy badaniu wpływu gruczołów wydzielania wewnętrznego na sprawę nowotworową należy też uwzględnić, co zresztą podkreśla wielu autorów, oddzielnie *ich działanie na powstanie, bądź też przyjęcie się wszczepionego nowotworu, oddzielnie zaś na zachowanie się już rozwiniętego nowotworu.*

Niekiedy również usunięcie jakiegoś gruczołu może mieć tylko wtedy znaczenie dla powstania i rozwoju guza, jeżeli zostanie dokonane *w odpowiednim okresie życia danego* zwierzęcia (np. usunięcie jajników u myszy przed okresem dojrzałości płciowej zapobiegać może powstaniu samoistnego raka gruczołu piersiowego).

Wreszcie działanie takiego czy innego gruczołu wydzielania wewnętrznego, lub hormonu, może się wiązać czasami z określoną tylko postacią guza, nie mając wpływu na rozwój innych rodzajów nowotworów. To są tylko niektóre z trudności, jakie nasuwają się przy zetknięciu się z omawianym tematem; sprawy dotyczące zagadnienia takiej czy innej metodyki badań, jako

zagadnienia zbyt specjalne, w niniejszym artykule pomijam.

Po tym wstępie przechodzę do omówienia roli poszczególnych gruczołów wydzielania wewnętrznego w chorobie raka.

### Przysadka.

Przysadka jako narząd, mający bardzo doniosłe znaczenie w regulowaniu wzajemnych stosunków pozostałych gruczołów wydzielania wewnętrznego, odgrywa, jak się zdaje, dużą rolę również i w procesach nowotworowych. Ze względu na złożoną czynność przysadki ocena jej działalności jest bardzo trudna.

U osobników rakowatych stwierdzono często zmiany anatomiczne w przysadce, polegające na przeroście przedniego płatu tego gruczołu. Płat tylny w tych przypadkach ma ulegać zanikowi.

Tak więc Wyeth stwierdzał znaczne powiększenie przysadki u rakowatych. Waga tego gruczołu wynosiła przeciętnie 0,8 g zamiast 0,6 g, jak to bywa w warunkach prawidłowych. Mac Euen, Seyle i Thomson uważają jednak, że zmiany te mają charakter wtórny i zależą raczej od obecności w ustroju tkanki, ulegającej martwicy, a nie od swoistego działania nowotworu.

W badaniach doświadczalnych posługiwano się początkowo wyciągami z przysadki. Robertson i Burnett wstrzykując wyciągi z przysadki wołu szczurom, szczepionym rakiem Flexner-Joblinga, stwierdzali znaczne przyśpieszenie wzrostu guza. Engel, Korentchewsky, Elsner oraz Hayashi potwierdzili te spostrzeżenia. Sugiura i Benedict twierdzą jednak, że przyśpieszające działanie przedniego płatu przysadki odnosi się tylko do niektórych zwierząt doświadczalnych.

Należy również zaznaczyć, że Harde i Henri oraz Bischoff i Maxwell, stosując wspomnianą metodę, nie otrzymali żadnych wyników. W 1930 r. Hayashi, dzięki postępowi w technice chirurgicznej w zastosowaniu do zwierząt doświadczalnych, mógł stwierdzić zwolnienie wzrostu guza, w stosunku do zwierząt kontrolnych, u królików szczepionych mięsakiem, którym uprzednio usunął przysadkę. Również Ball, Samuels i Simpson stwierdzili, że u myszy po usunięciu przysadki wszczepienie gruczolako - raka nie udawało się. Reiss i Druckrey otrzymywali jednak wyniki odwrotne.

Stosowanie wyciągów z tylnego płata — Seel w 1925 przy pomocy „pituglandolu" — powodowało opóźnienie wystąpienia raka smołowego u królika.

Susman, wychodząc z podobnych założeń, stosował preparaty z tylnego płata przysadki w 7 przypadkach u chorych na raka, uzyskując w 5-ciu z nich pewną poprawę. Autor ten podawał pituglandol i preparaty jajnikowe.

Spostrzeżenia powyższe dotyczą przysadki, a ściślej jej płatów przedniego lub tylnego — jako całości.

Inaczej przedstawia się sprawa niektórych hormonów przedniego płata przysadki.

Tak więc Zondek stwierdzał w przypadkach raka narządów płciowych kobiecych w moczu tych chorych prolan A w dużej ilości.

Przy innych umiejscowieniach raka u kobiet zwiększanie ilości prolanu występowało w 26% przypadków. U mężczyzn na 10 przebadanych przypadków (6 guzów gruczołu krokowego i 4 guzy jądra) tylko przy nowotworach jądra stwierdzono obecność prolanu A w moczu. Ferguson stwierdził obecność prolanu A w moczu u chorych z potworniakiem jądra.

Zondek i Hartoch stosowali podawanie prolanu A u zwierząt doświadczalnych, powodując wstrzymanie wzrostu przeszczepionego raka u myszy.

Gruhzit podawał szczurom z rakiem Flexnera-Joblinga 250 do 400 jednostek prolanu A dziennie, wywołując b. znaczne wyniszczenie zwierząt, co zdaniem jego wpływało pośrednio na gorszy rozwój guza. Podobne wyniki mieli i inni autorzy, wszyscy oni jednak stosowali dawki wielokrotnie wyższe (4000 jednostek), niż Zondek, który dawał wszystkiego 800 jedn. na całkowitą dawkę.

Również Katz jest zdania, że prolan A powoduje zahamowanie wzrostu guzów u zwierząt doświadczalnych.

Druckrey uważa, że prolan A wpływa hamująco na powstanie nowotworu, nie wstrzymując wzrostu już istniejącego guza.

### Tarczyca.

W 1909 r. Stuart-Law podał, że w przypadkach raka gardzieli i jamy ustnej stwierdzał powiększenie tarczycy oraz objawy, które obecnie ocenilibyśmy jako nadczynność tego gruczołu, w postaci przyśpieszenia tętna itp.

Natomiast Moratti w przypadkach guzów piersi spotykał się z niedomogą tarczycy w 80% przypadków.

Badania doświadczalne również dały wyniki sprzeczne.

Część autorów uważa, że tarczyca wpływa hamująco na wzrost i przyjmowanie się szczepionych nowotworów, część zaś jest zdania wręcz przeciwnego.

Tak więc Korentchewsky oraz Pearce i Van Allen otrzymywali u zwierząt częstsze przyjmowanie się guzów po usunięciu tarczycy, natomiast wstrzykiwanie wyciągów z tego gruczołu wpływać ma na zmniejszanie się nowotworu (Korentchewsky, Engel). Również Karnicki jest zdania, że tarczyca wpływa hamująco na rozwój nowotworów, co autor ten tłumaczy pobudzeniem układu współczulnego (konstytucja nowotworowa zbliżona jest, jak wiadomo, raczej do wagotonii). Karnicki, badając wpływ usunięcia tarczycy na rozwój raka smołowego u królików, stwierdzał u tak zoperowanych zwierząt szybszy wzrost nowotworu.

Wielu innych autorów stoi jednak, jak to już wspomniałem, na stanowisku wręcz odwrotnym. Do nich należy między innymi Flaks, który przeprowadził swoje badania nad mięsakiem Jensena u szczurów. Stwierdzał on szybszy rozwój guza po wszczepieniu tarczycy, a znaczne zwolnienie wzrostu po usunięciu tego gruczołu. Podobnego zdania jest Yano i szereg innych badaczy. Na korzyść tego stanowiska przemawiają również badania Zakrzewskiego, który stwierdzał *szybszy wzrost hodowli komórek mięsaka Jensena po podaniu wyciągu z tarczycy.*

U ludzi chorych na raka, Wedd, jeszcze w 1901 r., stosował wyciągi z tarczycy, ponieważ uważał nowotwór i obrzęk śluzakowy, za sprawy w pewnym sensie spokrewnione ze sobą; wyniki jakie otrzymywał, miały być zachęcające co potwierdzili Beaver, Beatson i inni.

Diering (1911 r.) stosował z dalszym skutkiem wyciąg eterowo-alkoholowy z tarczycy tzw. „tyrochrom". Autorzy ci stali więc na stanowisku, że *tarczyca wpływa hamująco na rozwój nowotworu.*

### Przytarczyce.

Wpływ gruczołów przytarczowych na sprawy nowotworowe nie został jak dotąd ustalony.

Paik usuwał zwierzętom doświadczalnym z nowotworami przytarczyce, jednak nie otrzymał wyraźnych wyników. Golzicher i Rosenthal uważają, że przytarczyce wpływają hamująco na wzrost nowotworów, znów Goerner i Shafirof odwrotnie. Caspari natomiast sądzi, że przytarczyce nie odgrywają w tej sprawie żadnej roli.

### Nadnercza.

Zmiany anatomiczne w nadnerczach w przebiegu nowotworów zostały stwierdzone między innymi przez Sokoloffa i Sturma, którzy znaleźli u myszy z mięsakiem znaczny, bo 5-krotny — w porównaniu ze zwierzętami kontrolnymi — przerost kory nadnercza. Tamura u 12 szczurów i tyluż królików z nowotworami, stwierdzał powiększenie się wagi nadnercza o 1,3 — 1,5 w stosunku do nadnerczy zwierząt kontrolnych.

Przez czas dłuższy, uważano, że nadnercza sprzyjają rozwojowi guzów złośliwych. Pogląd ten opierał się na pracach Joannovitcha (1916 r.) oraz Aulera i Flörckena (1925 r.). Autorzy ci wykazali, że u zwierząt, pozbawionych nadnerczy, wszczepione guzy rozwijają się wolniej, niż u zwierząt kontrolnych. Flörcken w 1923 r., eksperymentując na myszach szczepionych rakiem Erlicha, stwierdził, że u zwierząt z usuniętym jednym nadnerczem guzy rozwijały się tak samo jak u zwierząt kontrolnych; u myszy, którym usunięto jedno nadnercze i naświetlano promieniami Roentgena drugie — wystąpiło lekkie zwolnienie rozwoju guza; u myszy z usuniętymi obu nadnerczami wzrost guza był wstrzymany.

Zbliżone są spostrzeżenia Karnickiego. Autor ten podkreśla występowanie szybko postępującego wyniszczenia u zwierząt, pozbawionych nadnerczy. Możliwe, że to wyniszczenie wpływa hamująco na wzrost nowotworu.

W 1929 r. Arloing, Josserand i Charachon przeprowadzili doświadczenia nad myszami z nowotworem, którym wszczepiano pod skórę brzucha połowę nadnercza królika. Królikom tym wstrzykiwano przed zabiegiem usunięcia nadnercza miazgę z guza, użytego do tego doświadczenia.

W wyniku tych doświadczeń u pewnej liczby myszy nastąpiło całkowite wessanie się nowotworu, a u reszty powstrzymanie jego wzrostu. Nadnercza, brane od nieprzygotowywanych uprzednio przez wstrzykiwanie miazgi nowotworowej królików, okazały się całkiem nieczynnymi. Podobnie do wszczepianych nadnerczy, działały wyciągi glicerynowe z kory tego narządu. *Wynika stąd, że czynnym momentem w tych przypadkach była kora nadnercza, która hamuje, a nie przyśpiesza — jak pierwotnie przypuszczano, wzrost guza.*

Spostrzeżenia te potwierdzają i inni autorzy. Między innymi Sokoloff stosował u myszy z mięsakiem przetwory z nadnercza, osiągając szybkie zmniejszanie się nowotworu. Tenże autor wraz z Taylorem powtarza to później na 1000 zwierząt doświadczalnych.

Podobne wyniki otrzymuje Flaks, przeprowadzając swoje badania u szczurów z mięsakiem Jensena.

W 1930 r. potwierdzają to w stosunku do mięsaka Jensena i raka Flexnera-Joblinga Auler i Rubenow. Jednak zaznaczyć należy, że Itami Shigemitsu i Mac Donald nie otrzymywali tego rodzaju wyników po zastosowaniu wyciągów z kory nadnercza, przygotowanych sposobem Swingle-Pfiffnera.

Coffey i Humber w 1930 r. stosowali u chorych z nowotworami wyciągi z kory nadnerczy baranów z wynikiem zachęcającym. W rok później jednak Dominguer nie potwierdza tego. W tym samym roku Rowland ogłasza pracę o wynikach leczenia 415 chorych nowotworowych wyciągami z nadnercza; uzyskał on zmniejszenie się bólów i ogólną poprawę. Wyciągi te, zdaniem autora, nie mają wpływu na samą komórkę nowotworową.

Co do adrenaliny — to jak się zdaje — nie wywiera ona większego wpływu na procesy nowotworowe, działając co najwyżej tylko miejscowo, zdaniem jednych autorów zmniejszając, zdaniem zaś innych zwiększając szybkość wzrostu guza.

**Gruczoły płciowe.**

Spostrzeżenia nad działaniem na sprawy nowotworowe może nie tyle gruczołów płciowych jako całości, co niektórych hormonów, wydzielanych przez nie, należą do najbardziej interesujących spraw w endokrynologii raka.

W 1916 r. Lathrop i Loeb przeprowadzili badania nad wpływem kastracji samic myszy na pojawianie się samoistnych guzów złośliwych sutka. Okazuje się, że *kastracja przeprowadzona przed upływem 6 miesiąca życia powoduje znaczne zmniejszenie częstości występowania nowotworów sutka, kastracja po upływie 6 miesięcy żadnych wyników nie daje.* Cori stwierdził, że myszki z usuniętymi jajnikami między 15 a 22 dniem życia nigdy nie zapadają na nowotwory gruczołu mlecznego, kastrowane zaś między 2 i 6 miesiącem wykazują znacznie mniejszy procent tych guzów niż zwierzęta kontrolne, u których rak dochodzi do 78,5%. Murray używał do swych doświadczeń myszy, u których samiczki wykazywały w 80% raka sutka, pojawiającego się około 12 miesiąca życia. Samce były wolne od nowotworów. U 210 samic kastrowanych między 4 a 6 tygodniem życia w 1,1% przypadków pojawił się około 15 miesiąca życia nowotwór sutka. Z 207 samiczek dziewiczych nowotwory sutka miało 11%. Z 241 samców kastrowanych między 4 a 6 tygodniem życia żaden nie miał raka. U 210 samców kastrowanych w tym samym okresie życia i szczepionych jajnikiem, rak sutka występował w 7,1%.

Lacassagne wstrzykiwał samcom myszy folikulinę oraz wszczepiał jajniki, jednak nie wywołując powstania raka sutka. Dopiero wstrzykiwanie folikuliny zupełnie młodym myszkom wywołało powstanie raka. Zasadniczą rolę odegrywa zatem w tych przypadkach wiek.

Duże dawki folikuliny — do 500 jednostek na zwierzę — wywoływały u samców

zmiany anatomiczne w gruczole krokowym.

Wstrzykiwanie folikuliny u młodych samców myszy powodowało występowanie nowotworów sutka w 50 do 80% przypadków.

Folikulina zdaniem Lacassagne i Nyka powoduje przerost gruczołu mlecznego oraz wydzielanie czegoś w rodzaju siary; siara, zawierająca prawdopodobnie folikulinę, drażni bezpośrednio nabłonek, wywołując powstanie raka.

Powstanie samoistnego raka sutka u myszy uwarunkowane byłoby więc przez czynnik dziedziczności i folikulinę (Lathrop i Loeb).

*Rola folikuliny w powstawaniu nowotworów sutka* wyraża się przede wszystkim w działaniu miejscowym, wiąże się dość ściśle z zagadnieniem ciał rakotwórczych, zawartych w smole pogazowej.

Wykrycie tych ciał zawdzięczamy w pierwszym rzędzie badaniom Cooka i Kennawaya oraz ich współpracowników.

Wyosobnili oni ze smoły pogazowej szereg związków organicznych, w pierwszym rzędzie 3 : 4 - benzopyren, związek wywołujący powstawanie nowotworów u zwierząt, zarówno przy wcieraniu przez skórę, jak również przy wstrzykiwaniu go do tkanki podskórnej.

Wykazano dalej, że podobne działanie mają pochodne antracenu. Najsilniejsze działanie rakotwórcze posiada metylcholantren.

Związek ten zasługuje na szczególną uwagę z tego względu, ponieważ jest on nie tylko pokrewny w swej budowie antracenowi, ale ponad to bardzo zbliżony do związków istniejących w ustroju, jak naprzykład cholesteran, kwas cholowy, oraz hormony płciowe (testosteron) i folikulina. Syntezę tego związku podali Cook i Haslewood, oraz Wieland i Dane. Ci ostatni wychodzą w swej syntezie z kwasu cholowego. Jeśli uwzględnić z jednej strony bliskie pokrewieństwo metylcholantrenu z folikuliną, oraz fakt, że również i folikuliną udało się nowotwory wywołać (Lacossagne, Burrows, Teutschländer), z drugiej zaś strony możność względnie łatwiej przemiany związków, fizjologicznie w ustroju występujących, na wymienione wyżej związki rakotwórcze, wtedy bodaj, że można zaryzykować twierdzenie, że, bliscy jesteśmy chwili, w której poznamy dokładnie, które związki ustrojowe wywołują samoistnie występujące nowotwory, zatem nowotwory, które powstały w ustroju bez tego, żeby zadziałał na nie jakiś pozaustrojowy czynnik rakotwórczy." (Zakrzewski Z. Biologia Lekarska, Rok XVI. Nr 7, str. 293 — 295).

Działanie rakotwórcze folikuliny dotyczy, jak się wydaje, jedynie raka sutka. Dowodzą tego badania Cori'ego, który u myszek kastrowanych nie stwierdzał co prawda występowania guzów sutka, jednak zabieg ten nie zapobiegał samoistnemu pojawianiu się u tych zwierząt mięsaków wrzecionowato-komórkowych.

W patologii ludzkiej dawno już stwierdzono sprzyjające rozwojowi raka piersi działanie jajników. Doprowadziło to do kastrowania kobiet rakowatych. Niekiedy łączono z tym zabiegiem podawanie preparatów tarczycowych, jak to robił jeszcze w 1887 r. Beatson. W 1903 r. France i Reynes mieli otrzymać po usunięciu jajników zniknięcie dwustronnego raka piersi z przerzutami w gruczołach chłonnych. Zbliżone są doniesienia Thierry, Dumonta, Guinarda i innych. Rouband na 51 przypadków dokonanej kastracji przy raku piersi, w 28 — nie otrzymał żadnej zmiany, w 23 zaś przypadkach zniknięcie guza, ale z pojawieniem się po krótkim czasie (z wyjątkiem 3 chorych) nawrotu. Zwolennikami tej metody byli również Michels, Cohen oraz Jaeger.

Wpływ kastracji na przyjęcie się nowotworów, lub rozwój raków smołowych nie został wyraźnie ustalony. Jedni autorzy jak Rhodenburg, Bullock i Johnston uważają, że kastracja przyśpiesza przyjęcie się nowotworu i jego wzrost. Podobnież Karnicki, Moisin, Dennedt i Jacquemin stwierdzają, że rak smołowy u myszy kastrowanych daje liczniejsze przerzuty. Do tej grupy autorów należałoby również zaliczyć Wagnera i Yano.

Inni znów badacze jak Almagia oraz Joannovic twierdzą, że usunięcie gruczołów płciowych powoduje mniejszą wrażliwość na wszczepiane nowotwory.

M u r p h y i S t u r m uważają, że kastracja przed okresem dojrzałości płciowej zwiększa odporność na szczepienie nowotworem, dokonana zaś po tym okresie nie odgrywa żadnej roli. G r a f oraz H i l a r i o wpływu kastracji na procesy nowotworowe nie ustalili.

### Trzustka.

Według opinii szeregu autorów (P i c c a l u g a, C i o f f a r i i inni) insulina powoduje gorsze przyjmowanie się szczepionych nowotworów.

Przy nowotworach już istniejących w ustroju insulina ma zdaniem jednych autorów przyśpieszać, zdaniem zaś innych hamować ich wzrost. R o n d o n i zaś uważa, że jest ona w tych procesach substancją zupełnie nieczynną.

Być może, że taki czy inny wpływ insuliny na nowotwory jest spowodowany pośrednio na drodze jej działania na przemianę węglowodanową (S a n n i e i A l p h a n d e r y). Angioxyl, jakby wynikało z badań K o n s u l o f f a i D i m i t r a c o f f a, ma obniżać wrażliwość zwierząt doświadczalnych na szczepienie nowotworem.

### Grasica.

W 1904 r. F u l l e r t o n wysunął przypuszczenie, że rzadkość występowania nowotworów u dzieci zawdzięcza się obecności grasicy. W latach 1910 — 1918 potwierdziły te przypuszczenia badania F r e u d a, K a m i n e r a i M o r g e n s t e r n a. Autorzy ci wykazali, że surowica królika dzięki wstrzykiwaniu emulsji z grasicy wołu, stawała się 18 razy bardziej cytolityczna w stosunku do komórek nowotworowych, niż zwykła. Własności cytolityczne surowicy psów zmniejszały się po usunięciu grasicy. Potwierdzają to P a u l l o i T e r r o.

M a g n i n i podkreśla szybkość rozwoju nowotworów u zwierząt pozbawionych grasicy i niewrażliwość na szczepienie nowotworem po wstrzykiwaniu emulsji z tego narządu. Potwierdzają to badania K o r e n t c h e w s k y'e g o i E n g e l a.

R h o d e n b u r g, B u l l o c k i J o h n s o n oraz P e a r c e i van A l l e n stwierdzają, że zwierzęta pozbawione grasicy są mniej odporne na szczepienie nowotworem, niż zwierzęta normalne.

Jedynie R o n d o n i na podstawie swych doświadczeń twierdzi, że grasica nie ma wpływu na sprawy nowotworowe.

U ludzi F u l e r t o n w 1904 r., wstrzykując do guzów wyciągi z grasicy, miał otrzymać pewną poprawę. Jednak w 1912 r. P i n k u s nie potwierdza tych spostrzeżeń.

Na tym kończę swoje zestawienie. Działania na sprawy nowotworowe innych narządów i tkanek nie omawiam, ponieważ ograniczam się w niniejszym artykule do gruczołów wydzielania wewnętrznego w ścisłym tego słowa znaczeniu.

Streszczając się, stwierdzić należy, że z *dotychczasowych badań wynika, iż gruczołem wydzielania wewnętrznego, sprzyjającym rozwojowi sprawy nowotworowej jest p r z e d n i p ł a t p r z y s a d k i. Do gruczołów, wpływających hamująco na wzrost i powstawanie nowotworu, należy t y l n y p ł a t p r z y s a d k i, k o r a n a d n e r c z y oraz g r a s i c a.*

*Z hormonów, f o l i k u l i n a odgrywa dużą, może nawet decydującą rolę w powstawaniu guzów sutka.*

Działanie innych gruczołów wydzielania wewnętrznego na proces nowotworowy nie da się sprecyzować, jak dotąd, w sposób dostatecznie jasny. Być może, że przy rozważaniach tych należałoby uwzględnić nieco szerzej wpływ wydzielania wewnętrznego na poszczególne postaci nowotworów. Okazać się bowiem może, że w jednych rodzajach guzów ten czy inny gruczoł może przyśpieszać, w innych zaś raczej hamować ich rozwój.

Na ogół wydaje się, że w większości przypadków gruczoły wydzielania wewnętrznego nie odgrywają w patogenezie raka roli decydującej, będąc tylko jednym z dość ważnych, ale nie zasadniczych czynników. To też słusznym, być może, jest zdanie K o n s u l o f f a i D i m i t r a c o f f a, że zaburzenia hormonalne (dyshormonoza), jakie często mają miejsce zwłaszcza w wieku późniejszym, stanowią jedynie podłoże, sprzyjające powstaniu raka.

ZWIĄZEK JODU I LIPOIDÓW ROŚLINNYCH

NAJSKUTECZNIEJSZA KURACJA JODOWA.

NIE WYWOŁUJE JODZICY, PODRAŹNIENIA NEREK, ANI JAKICHKOLWIEK INNYCH ZABURZEŃ.

WYWIERA DZIAŁANIE MIEJSCOWE PRZECIWBÓLOWE.

TWORZY W USTROJU ZAPAS JODU MOBILIZOWANY STOPNIOWO NIE WYWOŁUJĄC JEDNAK ŻADNYCH DOLEGLIWOŚCI.

WSKAZANIA:

GOŚCIEC STAWOWY I MIĘŚNIOWY.
NEURALGIE. ISCHIAS. LUMBAGO.
STANY LIMFATYCZNE. SKROFULOZA.
KIŁA TRZECIORZĘDNA I WRODZONA.
MIAŻDŻYCA. NADCIŚNIENIE.
DYCHAWICA. ROPIEŃ I ZGORZEL PŁUC.
PRZEWLEKŁE SCHORZENIA DRÓG ODDECHOWYCH.
DYSFUNKCJA TARCZYCY.

DAWKOWANIE:

2 do 5 kapsułek dziennie.
1 do 10 cm³ domięśniowo na raz (ogrzane do temperatury około 40° C).




40%

# LIPIODOL




# KAPSUŁKI




po 1, 2, 3, 5 i 10 cc

# AMPUŁKI




po 20 cc

# FLAKONY

# LIPIODOL

Związek jodu i lipoidów roślinnych
40%, 20%, 10% J.
Amp. po 1, 2, 3, 5 i 10 cc. słoiki po 20 cc.

# w RENTGENODIAGNOSTYCE

NEUROLOGIA (czaszka, komory mózgowe, kanał kręgowy)
DROGI ODDECHOWE
LARYNGOLOGIA (zatoki, trąbka Eustachiusza, przełyk etc.)
MACICA, JAJOWODY
WRZODY, PRZETOKI
NERKI, PĘCHERZ, MOCZOWODY
DROGI ŁZOWE (lipiodol 20%)
Do zdjęć komór mózg. tylko Lipiodol 10%



L. NASIEROWSKI
Warszawa, Kaliska 9

# S T R E S Z C Z E N I A

## *CHOROBY WEWNĘTRZNE*

**Moczówka prosta, a stan humoralny. (Le diabète insipide et son état humoral). P. Croizat, Guyot, G. Bertrand et I. Szer.**

*Journal de Medicine de Lyon nr 433/1938.*

Moczówkę prostą wyodrębniono już w 17-tym wieku. Od tego czasu zaczęto zastanawiać się nad jej patogenezą. Początkowo przyczynę choroby widziano w nadmiernym pragnieniu, po tym w schorzeniu nerek, po tym w zmianach anatomicznych w rdzeniu przedłużonym poniżej jąder nerwów słuchowych, wreszcie zwrócono uwagę na przysadkę mózgową i jej najbliższą okolicę, a mianowicie — guz szary, lejek oraz dno trzeciej komory. Wiele też badań poświęcono tkankom w związku z ich „wodowstrętem" w przebiegu moczówki prostej.

Moczówka prosta może się zjawić w każdym wieku, najczęściej jednak nawiedza ludzi między 20 — 50-tym rokiem życia. Statystyki wskazują na znaczną rolę czynnika dziedziczności w jej powstaniu. Pod względem przyczynowym uznawany jest następujący podział: 1) moczówka powstała na skutek najrozmaitszych uszkodzeń okolicy przysadkowej; 2) moczówka prosta samorodna. Do pierwszej grupy dadzą się zaliczyć przypadki, powstałe na skutek urazów czaszki, przypadki powstałe podczas przebiegu różnych chorób zakaźnych, w tej grupie szczególnie podkreślić trzeba rolę, jaką odegrywa zakażenie kiłowe, dalej wspomnieć trzeba o nowotworach, zarówno pierwotnych jak i przerzutowych, oraz o zaburzeniach w ośrodkowym układzie nerwowym takich, jak wylewy krwawe i stwardnienie wieloogniskowe. Etiologia grupy moczówki samorodnej, jakkolwiek znacznie liczebniejszej, pozostaje do ostatnich czasów zupełnie ciemna.

Obraz chorobowy może rozwinąć się skrycie, a także pojawić się tak nagle, że pacjent z łatwością może oznaczyć niemal godzinę jej wystąpienia. Na czoło obrazu klinicznego wysuwa się wzmożone pragnienie i zwiększone oddawanie moczu, natomiast kwestią nierostrzygniętą jest, który z tych objawów występuje pierwszy, gdyż spostrzeżenia dotychczasowe dawały krańcowo różne wyniki. Poza tym w początkowym okresie mogą wystąpić zaburzenia stanu ogólnego. Pragnienie i oddawanie moczu po początkowych wahaniach ustalają się na pewnym poziomie, który w rzadkich przypadkach może przekraczać nawet 40 litrów na dobę. Najczęściej jednak ilość moczu waha się w granicach między 5 i 15 litrami, a jego ciężar gatunkowy stoi w prostym stosunku do ilości moczu i zbliża się do ciężaru gatunkowego wody. W związku ze znacznym odwodnieniem ustroju następuje gwałtowny spadek wagi w pierwszym okresie choroby, w związku z wysuszeniem, stoją także zaburzenia odżywcze skóry i jej przydatków. Czasem też występuje wzmożone łaknienie. Obserwacja wykazała, że chorzy mogą przyjmować olbrzymie dawki alkoholu.

Przebieg moczówki prostej jest z reguły bardzo przewlekły, jednak zdarzają się przypadki ostre, kończące się śmiercią po kilku miesiącach. W przebiegu normalnym rozróżnia się dwa okresy: w pierwszym — po wielkich wahaniach ilości moczu i wagi chorego — wielkości te ustalają się na pewnym niezmiennym poziomie i tak trwają przez czas dłuższy, w drugiej fazie choroba rozwija się bardzo powoli i wiedzie w ciągu 20 — 30 lat do końcowego charłactwa.

Wiele badań poświęcono zachowaniu się cukru, chloru i cholesteryny we krwi i w moczu w przebiegu moczówki prostej. Co do cukru, to sprawa przedstawia się w następujący sposób: w przypadkach niepowikłanych cukier gronowy do moczu się nie przedostaje, natomiast poziom jego we krwi może mieć najróżnorodniejsze wartości i waha się w dość szerokich granicach, zarówno hypo, jak i hyperglykemii. Znacznie więcej czasu poświęcono badaniom zawartości chloru. Autorzy niemieccy obraz chorobowy moczówki prostej kładą na rachunek zaburzeń nerkowych, polegających na wadliwym wydzielaniu soli kuchennej. Dali oni podział na postacie: 1) czysto nerkową przebiegającą z hypochloremią, gdzie zaburzeniom ulegają procesy, zachodzące pomiędzy krwią i nerkami; 2) przebiegającą z hyperchloremią, a zaburzenia dotyczą tutaj i tkanek; postać ta ma być znacznie częstsza. Jednakże większość autorów nie godzi się z tym poglądem, ponieważ próby czynione nad rozdzieleniem postaci hyper- i hypochloremicznej na podstwie prób, podanych przez twórców powyższego podziału, dawały często wyniki zupełnie sprzeczne, a także ponieważ poziom chloru we krwi i w moczu ulega bardzo znacznym wahaniom.

Poza tym dieta bezchlorowa tylko w nieznacznym stopniu wpływa na zmniejszenie pragnienia i ilości wydalanego moczu. Natomiast autorzy francuscy coraz bardziej skłaniają się ku teorii „hydrofobii" tkankowej, stwierdzając zaburzenia przemiany wodnej jako jedyną zmianę w moczówce prostej. Rola lecznicza wyciągu tylnego płata przysadki mózgowej, polegać ma na wzmocnieniu wiązania pomiędzy cząsteczkami wody i tkankami ustroju.

Poziom cholesteryny we krwi w przebiegu moczówki jest zawsze podwyższony powyżej 2 g. Skutkiem tego autorzy wysuwają przypuszczenie, czy przysadka mózgowa nie wpływa na regulację poziomu cholesteryny we krwi i czy cholesteryna nie wpływa na zmianę ciśnienia osmotycznego płynu tkankowego w przebiegu moczówki prostej?

Leczenie powinno zmierzać w pierwszym rzędzie do usunięcia przyczyny. W przypadku guzów lub uszkodzeń czaszki mogą pomóc zabiegi chirurgiczne, w przypadku zakażenia kiłowego kuracja swoista może sama prowadzić wyleczenie moczówki. Natomiast w przypadkach o etiologii ciemnej, pozostaje tylko leczenie wyciągiem

tylnego płata przysadki mózgowej. Aby dopomóc jej działaniu, stosuje się prócz tego dietę z ograniczeniem soli. Przetwory przysadki stosuje się bądź podskórnie, bądź w postaci proszku na śluzówkę nosa. Działanie ich w bardzo krótkim czasie staje się widoczne: ilość i ciężar gatunkowy moczu zbliżają się do wartości normalnych, pragnienie znika. Aby stan ten utrzymać trzeba wyciąg wstrzykiwać codziennie bez obawy przyzwyczajenia, dawka podskórna może dosięgać trzech $cm^3$ dziennie. Próby leczenia innymi środkami chemicznymi czy też wyciągami tkankowymi dają jak dotychczas efekty bardzo nikłe.

**Leczenie tężca przy pomocy wstrzykiwań alkoholu, dołączonych do seroterapii swoistej. (Traitement du tétanos par injections intraveineuses d'alcool associées à la sérotherapie). E. M e r l e, F r a n c o i s, J o u v e.**

*Soc. de Hop. de Paris Nr 35, 1937.*

Leczenie surowicą przeciwtężcową jest ogólnie znane. Obok tego zasadniczego postępowania stosowano u chorych na tężec znieczulenia barbiturowe, chloralowe lub chloroformowe. Początkowy entuzjazm, jaki ten sposób leczenia obudził, słabł stopniowo w miarę, jak pojawiały się doniesienia o powikłaniach i zejściach śmiertelnych, jakie przy jego stosowaniu spostrzegano. Śmierć powodowana była zwykle przez duże zmiany zwyrodnieniowe w wątrobie i nerkach, objawiając się za życia ciężką żółtaczką lub mocznicą.

W roku 1908 M a r i e i T i f f e n e a u stwierdzili w doświadczeniach in vitro, że alkohol ma własność odszczepiania toxyn tężcowych wiązanych z komórkami układu nerwowego i tym sposobem ułatwia unieszkodliwienie ich przez wstrzykiwaną jednocześnie surowicę przeciwtężcową. Jednak autorzy ci ograniczyli się wtedy tylko do przypuszczenia, że podobne działanie do alkoholu i n v i t r o ma i n v i v o chloroform i nie wprowadzili do lecznictwa żadnych zmian.

W związku z tymi dawnymi doświadczeniami autorzy niniejszego artykułu spróbowali zastosować leczenie alkoholem, zastępując nim używany dotychczas chloroform. Obecnie przytaczają sprawozdania z wyników osiągniętych w 10 spostrzeganych przez siebie przypadkach tężca, leczonych własną metodą. 2 zejścia śmiertelne zależały od odoskrzelowego zapalenia płuc i ropnia pośladka. W pozostałych przypadkach osiągnięto całkowite wyleczenie.

Leczenie prowadzone było w sposób następujący: chorzy otrzymywali surowicę (20.000 jednostek) podskórnie lub domięśniowo, w wyjątkowych przypadkach stosowano ją dożylnie. Obok tego codziennie w ciągu choroby aż do chwili wyraźnej poprawy klinicznej wstrzykiwano dożylnie roztwór 33% alkoholu w 30% roztworze cukru gronowego w dawce 40 $cm^3$ codziennie.

Leczenie to nie dawało żadnych powikłań ze strony płuc, wątroby ani nerek. W czasie całego leczenia chorzy podlegać muszą bardzo dokładnej obserwacji lekarskiej i troskliwej opiece pielęgniarskiej.

**Stosowanie odmy sztucznej w przypadkach wczesnych nacieków płucnych. (Rôle du pneumothorax therapeutique dans le traitement de l'infiltrat précoce). H. W e i g e r t, A. M a r m e t.**

*La Présse Med. Nr 4, 1938.*

Odma sztuczna jako środek leczniczy w gruźlicy płuc zdobyła sobie bezwzględne prawo panowania w dziedzinie wyraźnych, rozległych zmian wysiękowych i jamistych w płucach. Na granicy leczenia sanatoryjnego i odmowego stoją postacie lekkie gruźlicy płuc ze zmianami o małej rozległości.

Zagadnienie stosowania odmy w przypadkach wczesnych nacieków gruźliczych rozpatrzyć należy z punktu widzenia społecznego i lekarskiego, biorąc pod uwagę w rozważaniach stan ogólny chorego, przypuszczalne rokowanie i możliwości materialne chorego na okres przewidzianego leczenia.

Wczesne nacieki gruźlicze występują na ogół u ludzi młodych w pełni sił, uniemożliwiając im nagle pracę. Umiejscowienie ich bywa różne: zdarzają się więc w okolicy podstawy płuca, w płacie środkowym, w okolicy przywnękowej, lecz najczęściej występują one w zewnętrznej części okolicy podszczytowej (podobojczykowej). Kwestią dużej wagi i wpływu na dalszy przebieg sprawy jest wczesne ich rozpoznanie, które napotyka niekiedy na duże trudności. Zdarza się bowiem, że nacieku nie można wykryć przy badaniu fizycznym klatki piersiowej. Co więcej można go nie stwierdzić prześwietleniem klatki piersiowej a nawet naciek drobny może być niewidoczny na przednio - tylnim zdjęciu płuc. Bywa on bowiem często przykryty przez części kostne (żebra, mostek) lub oskrzela. To też niekiedy dopiero zdjęcia w kilku położeniach ciała ujawniają obecność zmian.

Z wielką uwagą śledzić należy plwocinę chorych i doszukiwać się prątków Kocha. W razie połykania plwociny badanie bakteriologiczne wykonać należy również w zawartości żołądka. Nagłe zwiększenie się liczby prątków świadczy o wrzodziejąco-rozpadowym przebiegu sprawy.

W dalszym przebiegu sprawy chorobowej naciek podobojczykowy może ulec 1) wessaniu, 2) zwłóknieniu lub 3) przybrać większe rozmiary z wybitną skłonnością wysiękowo-serowaciejącą.

Na podstawie materiału spostrzeganego stwierdzić można, że tylko około 40% przypadków nie leczonych odmą ma przebieg pomyślny. W pozostałym odsetku przypadków dochodzi do wytwarzania jam i z pośród tych chorych rekrutują się późniejsi młodzi suchotnicy.

Leczenie zachowawcze (bez odmy) daje pomyślne, lecz niepewne, rokowanie tylko w tych przypadkach, gdy chorzy mogą się na długi czas (kilkuletni) wycofać niemal całkowicie z dotychczasowego życia, zarzucić wszelką pracę i udać się do sanatorium dla przeprowadzenia leczenia klimatyczno-wzmacniającego. Połączone to jest zwykle z bardzo dużymi kosztami, a poza tym wpływa przygnębiająco na chorych.

Zastosowanie odmy w przypadkach wczesnych nacieku gruźliczego daje rokowanie bardzo dobre. Zwykle odma udaje się zupełnie dobrze, gdyż zrostów nie ma zupełnie lub są one małe i wiotkie. Odma jest znoszona przez tych chorych bardzo dobrze, stosować ją można ambulatoryjnie, lecz nie należy jej robić pod zbyt dużym ciśnieniem.

Pożądana jest kontrola rentgenologiczna i kliniczna chorego. Mimo, że przy tym leczeniu sprawa ulega dość szybko poprawie a nawet czasami zupełnej likwidacji odmę utrzymywać trzeba około 2 lat. Nie jest to dla chorych bardzo kłopotliwe, mogą oni w tym czasie pracować, a zabieg powraca ich do zdrowia i nie dopuszcza do powstania zmian, do jakich w przypadkach nieleczonych dochodzi.

Społeczne znaczenie tego postępowania jest duże ze względu na to, że b. mały odsetek chorych ma odpowiednie warunki materialne na to, by poddać się długotrwałemu i kosztownemu leczeniu sanatoryjnemu.

**Gruźlica płuc, a urazy klatki piersiowej. (Tuberculose pulmonaire et contusions thoraciques). G. Poix, E. Vnnet.**

*La Presse Méd. Nr. 1, 1938.*

Często spotykane przypadki urazów klatki piersiowej z rozwijającą się w późniejszym okresie gruźlicą płuc wywołały szereg badań i dociekań nad związkiem przyczynowym tych dwu faktów. Zagadnienie to ma duże znaczenie pod względem medyczno-prawnym i należy też częściowo do działu bezpieczeństwa pracy.

Wykonane zostały też badania na zwierzętach. Lannelongue i Achard ranili stawy zwierząt po uprzednim wprowadzeniu do krwiobiegu pewnej ilości prątków Kocha. Doświadczenia te dawały wyniki zmienne i nie pozwalały stwierdzić z pewnością powinowactwa prątków do uszkodzonych stawów. Bosvieux szedł w kierunku odwrotnym. Wywoławszy ognisko pierwotne w płucach lub innym miejscu ustroju starał się następnie doprowadzić do zakażenia ogólnoustrojowego i wykazać obecność prątków we krwi po naruszeniu całości naczyń krwionośnych w pobliżu ogniska.

Wyniki ujemne tych doświadczeń nie mogą wyłączyć możliwości wpływu urazu na rozwój gruźlicy płuc. Potwierdzenie stanowią niektóre wypadki, spotykane najczęściej w wojsku, kiedy żołnierz poprzednio zdrów badany klinicznie i rentgenologicznie po przebyciu urazu klatki piersiowej przedstawia po pewnym czasie obraz gruźlicy płuc z obecnością prątków w plwocinie.

Jaki jest mechanizm urazów klatki piersiowej i jaki może mieć on wpływ na rozwój gruźlicy? Naruszenie całości tkanki płucnej jest zwykle skutkiem nagle zwiększonego ciśnienia wewnątrzpłucnego. W chwili tej pęcherzyki płucne ulegają rozdarciu. Tkanka nieco zmieniona poprzednio, znajdująca się w otoczeniu ogniska pierwotnego, nie dająca żadnych objawów chorobowych jest temu rozdarciu szczególnie podatna. W momencie urazu nieliczne prątki, znajdujące się w ognisku uwalniają się i dostają do krwiobiegu, dając ognisko przerzutowe, bądź też zostają przeniesione drogą oskrzeli i osadzone w tkance płucnej poprzednio zdrowej. Krwawy wysięk opłucny, spotykany często po urazach, stanowi doskonałą pożywkę dla drobnoustrojów, a uciskając tkankę płucną utrudnia jej czynności biologiczne i osłabia oporność. Rozwojowi zmian gruźliczych w płucach sprzyja osłabienie stanu ogólnego chorego.

Tak więc uraz może wywołać rozwój czynnej gruźlicy płuc u osobnika poprzednio zdrowego, posiadającego tylko nieczynne ognisko pierwotne. Zdaje się, że możemy wyłączyć powstawanie drogą urazową gruźlicy płuc u człowieka, który nigdy poprzednio z gruźlicą się nie zetknął.

Urazy klatki piersiowej zdarzają się najczęściej na skutek wypadków samochodowych, zgnieceń, upadków, a przede wszystkim stanowią znaczny odsetek wypadków wojennych.

Objawem najbardziej charakterystycznym jest krwioplucie pojawiające się bezpośrednio po wypadku. Natężenie jego bywa różne: od małych nitkowatych skrzepików do wielkich krwotoków, wywołujących ciężką niedokrwistość wtórną. Po kilku dniach można stwierdzić w 20% przypadków objawy zagęszczenia tkanki płucnej w okolicy przyurazowej w postaci stłumienia odgłosu wypukowego, osłabienia szmerów oddechowych — cały ten zespół nazwać można urazowym zapaleniem płuc. Objawy te ustępują całkowicie lub postępują w kierunku całkowitego wytworzenia gruźliczego nacieku płucnego. W ostatnim przypadku pojawiają się: ogólne osłabienie, utrata łaknienia, nocne poty i kaszel z odpluwaniem plwociny, zawierającej liczne prątki Kocha.

Lekarzowi często przypada rola eksperta w sprawie przyznania renty. Zadanie jego polega na rozstrzygnięciu 3 pytań: czy dany osobnik ma gruźlicę płuc, czy przebywał uraz klatki piersiowej, czy istnieje związek między stwierdzoną gruźlicą a przebytym urazem.

Rozstrzygnięcie tych pytań jest nieraz trudne i zależy od dokładnego zebrania wywiadów i badania przedmiotowego.

**O powolnym zatruciu tlenkiem węgla. (L'intoxication par l'oxyde de carbon lent). M. J. P a v i o t.**

*Journ. de Méd. de Lyon Nr 433 1938.*

Często notowane obecnie zatrucia tlenkiem węgla zależą częściowo od rozwoju techniki, a częściowo od właściwości samego gazu. Gaz ten powstaje jako produkt niecałkowitego spalenia węgla, a więc ma możność wytwarzania się wszędzie, gdzie istnieje piec z niedostatecznym dopływem tlenu. CO jest gazem bardzo przenikliwym a całkowita bezwonność utrudnia rozpoznanie jego w powietrzu otaczającym.

Zatrucia ostre są ciężkie, jednakże przy energicznej pomocy lekarskiej można chorych wyratować. Trudność leczenia zatruć przewlekłych polega na ich rozpoznaniu. Zatrucie zdarza się jako choroba zawodowa u chemików, robotników pracujących przy zatapianiu żarówek, szklarzy, praczek, prasowaczek i krawców. Miejscem zatrucia jest fabryka lub mieszkanie z wadliwie urządzonymi piecami. Drugie wielkie źródło zatrucia stanowią nieszczelne przewody gazu świetlnego, który zawiera 15% CO.

Trudność rozpoznania zatrucia polega na jego wielopostaciowości.

Zatrucie przebiegać może pod postacią zaburzeń w przemianie tłuszczowej a więc może dać szybkie tycie z odkładaniem się podskórnej tkanki tłuszczowej. Niekiedy może współistnieć cukromocz.

W innych przypadkach spostrzega się zaburzenia równowagi układu wegetatywnego pod postacią zaburzeń naczynioruchowych (poty, dermografizm, obrzęki kończyn). Niekiedy pojawia się uczulenie w stosunku do pokarmów białkowych.

Bardzo liczną grupę stanowią chorzy z zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego. W obrazie klinicznym przeważają wtedy wymioty i nudności niezależne od przyjmowanych posiłków. Wymioty bywają często naczczo, a mianowicie w przypadkach tych, gdzie chorzy sypiają w sąsiedztwie źródła wydobywania się CO.

Najciekawszą grupę stanowią chorzy, u których zatrucie CO przebiega pod postacią typowego obrazu dusznicy bolesnej z napadami, powstającymi się przy każdej sposobności wdychania gazu. K r o e t z, który podobny przypadek opisał, tłumaczy pojawianie się napadów „miejscowym duszeniem" tj. niedotlenieniem mięśnia sercowego, co wtórnie pociągnąć może za sobą zmiany zwyrodnieniowe.

Wspólną cechą wszystkich chorych zatrutych CO są bóle i zawroty głowy oraz bladość powłok, spowodowana stwierdzaną u nich zwykle niedokrwistością z niską zawartością Hb. Dowodem rzeczowym zatrucia jest stwierdzenie wysokiego poziomu tlenku węgla we krwi, jednak badanie to wykonywa się rzadko ze względu na duże trudności techniczne.

Leczenie powolnych zatruć tlenkiem węgla polega na usunięciu źródła jego wytwarzania, względnie wydobywania się, co połączone jest zwykle z naprawą urządzeń lub zmianą rodzaju pracy.

## CHIRURGIA

**Patogeneza i leczenie tężyczki po operacji na gruczole tarczowym i przytaczycach. (La tétanie dans la chirurgie du corps thyroïde et des glandes parathyroides). L. B e r a r d, M. H e n r y, A. M o r e l.**

*Lyon Chirurgical, sierpień 1937.*

Przed rokiem 1905, kiedy nie znano jeszcze dokładnie roli przytarczyc i przy operacjach na tarczycy usuwano całkowicie oba jej płaty wraz z torebką, tężyczka jako powikłanie pooperacyjne — w formie ostrej lub podostrej występowała często — około 30%. Od czasu jednak, gdy część gruczołu wraz z torebką pozostawia się, ilość tego rodzaju powikłań zmniejszyła się wybitnie (do 0,5‰).

Ostre objawy tężyczki występują na 1. — 6. dzień po zabiegu. Poprzedza je duszność, sztywność palców i bóle o charakterze neuralgicznym. Po tym ciepłota podnosi się, tętno — przyśpiesza, zjawia się niepokój i wreszcie występują charakterystyczne przykurcze. Przy obecnym sposobie operowania tężyczkę pooperacyjną powodować może usunięcie przytarczyc wraz z cięścią gruczołu tarczowego lub uszkodzenia ich w czasie zabiegu. Często bowiem trudno wyodrębnić z masy gruczołu tarczycy, albo też są one drobne i rozrzucone w tkance tłuszczowej i wraz z nią zostają usunięte. Pamiętać o nich należy również przy podwiązywaniu naczyń i nakładaniu zacisków, gdyż w tym czasie można je uszkodzić bezpośrednio lub odciąć im dopływ krwi, zwłaszcza przy podwiązywaniu tętnicy tarczycowej dolnej lub jej odgałęzień. Doświadczenie wykazuje, że

wystarczy jednakże tylko jeden gruczoł przytarczycowy dla utrzymania równowagi ustroju.

Uszkodzenie przytarczyc może nastąpić już po operacji pod wpływem ucisku krwiaka lub ropnia w ramie operacyjnej.

Niektórzy autorzy sądzą, że choroba Basedowa sprzyja pooperacyjnemu powstaniu tężyczki; autorzy artykułu niniejszego spostrzegali, że o ile w chorobie Basedowa zauważyć można objawy tężyczki ukrytej (objaw Chwostka, Trousseau itp.), to raczej znikają one po zabiegu operacyjnym.

Jak już zaznaczono w przypadkach choroby Basedowa, autorzy stosują częściowe usunięcie tarczycy z pozostawieniem części gruczołu i jego torebki. W przypadkach raka tarczycy cały gruczoł musi być usunięty wraz z torebką; wówczas należy w usuniętym gruczole wyszukać przytarczyce i po obejrzeniu i stwierdzeniu makroskopowym ich stanu należy je natychmiast przeszczepić z powrotem, zdala jednak od miejsca operowanego. W takiż sam sposób postępować należy przy całkowitym usunięciu tarczycy z powodu dusznicy bolesnej lub innych schorzeń serca.

Pozostają jeszcze operacje usunięcia samych tylko przytarczyc w przypadkach ich nadczynności przy torbielowatym zwyrodnieniu kości, przewlekłym reumatyźmie, zwapniającym zapaleniu mięśni itp. Po tych operacjach tężyczka występuje częściej.

Leczenie: przyczynowo stosuje się przeszczepy przytarczyc, podawanie ich wyciągów, podawanie dożylne soli wapnia, doustne — ergosterynę naświetlaną. Objawowo — wykonuje się upust krwi z następowym przetaczaniem krwi, wstrzykiwanie siarczanu magnezu, podawanie chlorku amonu itp. W przypadkach tężyczki ostrej należy chorego umieścić w ciemnym, cichym pokoju, i podawać środki uspokajające: jak brom, gardenal i wodzian chloralu.

**Torbiele jamy brzusznej i powłok brzusznych, rozwijające się z zawiązków nabłonka jelitowego. (Les kystes cutanoïdes). Y. Bourde et Mosuiger.**

*Journ. de Chir. wrzesień 1937.*

Torbiele, rozwijające się z zawiązków nabłonka jelitowego, mogą leżeć wewnątrz- lub poza-otrzewnowo, mogą być w powłokach brzusznych, a nawet — w śródpiersiu. Najczęściej leżą wewnątrz-otrzewnowo w okolicy kątnicy i przypominają budowę jelita cienkiego. Rozwijają się przeważnie w warstwie podsurowicówkowej jelita, jakkolwiek spotykano je w warstwach podśluzówkowych i w mięśniówce jelita. Torbiel taka, usadowiona na brzegu zewnętrznym, wolnym jelita, może mieć nawet długą szypułę, przy brzegu zaś wewnętrznym jelita — wrasta między dwie blaszki kreski. Przeważnie nie komunikują się one ze światłem kiszki, niekiedy jednak tworzą jakby uchyłek jelitowy. Torbiele te są jednokomorowe i zawierają płyn ciągliwy, żółtawy lub bezbarwny z solami mineralnymi i białkiem — bez zaczynów trawiennych.

Powierzchnia wewnętrzna takiej torbieli jest

gładka i wysłana nabłonkiem walcowatym, kubicznym, a nawet płaskim, gruczołów jest mało i przypominają one budową gruczoły L i e b e r k ü h n a. Następnie odróżnić można w ścianie torbieli warstwę podśluzową i 2 — 3 warstwy włókien mięśniowych. Torbiele te są to, przypuszczalnie, odsznurowane w życiu płodowym uchyłki jelitowe. Terrier i Lecène przypuszczają, że torbiele w okolicy kątnicy pochodzą z endodermalnych przewodów zarodkowych.

Schorzenie to spostrzegane bywa zwykle przed 20 rokiem życia, w 35% już w pierwszym r. ż., w 40% u młodzieży, a tylko w 25% po 20 r. ż., w 75% występuje ono u płci żeńskiej.

Torbiele te powodować mogą zaburzenia: 1) natury mechanicznej, 2) zakaźnej, 3) nowotworowej.

1) Zaburzenia mechaniczne mogą to być: a) zamknięcie światła jelita przez guz, b) skręcenie torbieli, c) wżłobienie jelita, d) skręcenie jelita.

2) Torbiele mogą ulec zakażeniu i zropieniu.

3) Mogą również zwyrodnieć złośliwie i przekształcić się w mięsaka lub raka.

W objawach klinicznych, poza stwierdzeniem obecności guza najczęściej na prawym talerzu biodrowym, nie ma nic charakterystycznego. Mogą bowiem występować bóle o różnym charakterze, wymioty, krwawe biegunki, wolny płyn w jamie brzusznej itp.

Różnicować należy z ropniem przywyrostkowym, nowotworem kątnicy, gruźlicą otrzewnej, torbielą jajnika, jednakże właściwe rozpoznanie może być stwierdzone dopiero podczas zabiegu operacyjnego.

Leczenie — tylko operacyjne — polega na usunięciu torbieli, a w przypadkach gdy zajmuje ona część ściany jelita — na częściowym wycięciu, danego odcinka jelita. Przy tych ostatnich zabiegach śmiertelność chorych jest duża (na 18 przypadków — 8 zejść śmiertelnych).

Jakkolwiek więc schorzenie samo w sobie jest cierpieniem łagodnym, powikłania jakie dać może, zwłaszcza powikłania mechaniczne — najczęstsze — są ciężkie.

**Przetoki dwunastnicze, będące następstwem wycięcia żołądka i dwunastnicy. (Fistules duodénales après gastroduodénectomie). M. M e r z.**

*Lyon Chirurgical, sierpień 1937.*

Autor przytacza opis choroby 2 chorych, którym dokonał wycięcia żałądka i dwunastnicy wskutek wrzodu i u których przebieg pooperacyjny był powikłany powstaniem przetoki dwunastniczej. U obu powikłanie to wystąpiło 5-go dnia po operacji; u jednego powstaniu przetoki towarzyszyły dość burzliwe objawy otrzewnowe, a przetoka zagoiła się, samoistnie po upływie miesiąca, bez jakichkolwiek wyraźnych złych następstw; u drugiego — powikłanie to rozwinęło się wśród objawów dość łagodnych i przetoka zagoiła się po 8-miu dniach.

Pooperacyjna przetoka dwunastnicza nie jest na ogół powikłaniem zbyt częstym (autor na 17 przypadków wycięcia żołądka i dwunastnicy miał tylko 2 przypadki powikłane powstaniem przetoki dwunastniczej), ani zbyt ciężkim dla chorego — pod warunkiem jednakże sączkowania miejsca operacyjnego. Sączkowanie to ma na celu stworzenie warunków, które zapewniają, w razie częściowego rozejścia się szwów kikuta dwunastnicy, łatwe odpłynięcie zawartości dwunastnicy — na zewnątrz.

Sączkowanie to jest szczególnie wskazane wówczas, gdy ze względów anatomicznych technicznie jest niewykonalne dokładne zaopatrzenie kikuta dwunastnicy (zamknięcie szwem kapciuchowym śluzówki i pokrycie go parupiętrowym szwem mięśniowo-surowicówkowym). Jako sączka wystarczy użyć rurki gumowej. Dla uniknięcia działania trawiącego soku dwunastniczego na skórę wystarczy zmieniać opatrunek 2 — 3 razy dziennie. Nie zauważono nigdy jakichkolwiek złych następstw dla sprawności przewodu pokarmowego — w związku ze stosowaniem powyższego sączkowania.

**Uwięźnięcie pętli jelita cienkiego w szczelinie krezki. (Les hernies transmésentériques). J a g n o r, T i m u s.**

*Journ. Chir., sierpień 1937.*

Uwięźnięcie pętli jelita cienkiego w szczelinie krezki zdarza się na ogół rzadko i jest rozpoznawane dopiero podczas operacji, wykonywanej z powodu objawów ostrej niedrożności jelitowej. Patologiczny otwór w krezce znajduje się zwykle u jej podstawy przy końcowym odcinku jelita cienkiego, najczęściej w okolicy kąta kątniczo-kątniczego. Zdarzają się również szczeliny po środku krezki, a najrzadziej — przy jej brzegu jelitowym. Otwory u podstawy krezki mają przebieg poprzeczny, przy brzegu jelitowym — podłużny. Wielkość ich dochodzi do wielkości dłoni.

Istnieją 3 teorie powstawania tych szczelin.

1) *Teoria urazowa* przypisuje ich powstanie rozdarciu krezki przy urazie w brzuch. Tłumaczenie to przyjąć można w przypadkach otworu nieregularnego, z bliznami i zanikami, jednakże nie tłumaczy ona istnienia otworów regularnych bez blizn i zaników.

2) *Teoria zapalna* przypuszcza, że otwór powstaje w przebiegu ostrego zapalenia pewnego odcinka jelita, które przechodzi na krezkę i wywołuje zakrzepy w jej naczyniach (np. w przypadku ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego).

3) Wreszcie *teoria otworów wrodzonych*, powstałych w życiu płodowym przy wytwarzaniu się i przemieszczaniu końcowym poszczególnych części jelit w stosunku do przestrzeni poza otrzewnowej.

Ta ostatnia teoria wydaje się być najbardziej przekonywującą, tym bardziej, że wpływać tu może często nieprawidłowy rozwój i przebieg naczyń krwionośnych krezki.

*Jadwiga Czyżewska.*

## GINEKOLOGIA.

**Leczenie raka szyjki macicy radem, promieniami Roentgena i elektrokoagulacją. (Traitement du cancer du col par le radiothérapie (rayons X et radium) et l'électrocoagulation). P i e r r e L e h m a n n i F. M a r q u è s.**

*Revue Française de Gynecologie et Obstetrique. 1937. Nr 11.*

Autorowie na wstępie do zestawień wyników leczniczych i wskazań opisują mechanizm działa-

nia fizykoterapii na komórki i tkanki oraz technikę leczenia.

Szereg tkanek i komórek wykazują niejednakową wrażliwość na naświetlanie. Prawo Bergonié, Tribondeau i Perthes głosi, że komórka jest tym wrażliwsza, im jej zdolność podziału jest większa, a czynność mniej zróżnicowana. D u s t i n uzależnia wrażliwość komórek od stanu zagęszczenia chromatyny.

Najczulszym na naświetlania jest w myśl tych praw rak z komórek płaskich, a w nim komórki znajdujące się w okresie podziału.

Przechodząc do techniki leczenia autorowie wspominają, że najbardziej rozpowszechnioną metodą stosowania radu, jest zakładanie aplikatorów jednocześnie do pochwy i macicy po uprzednim rozszerzeniu kanału szyi i przepłukaniu pochwy płynem antyseptycznym. W przypadkach technicznych utrudnień (duże guzy, niedrożność szyjki) leczenie zostaje rozdzielone na 2 tempa. Leczenie radem przedstawia ryzyko zakażenia oraz możliwość powstania przetok i stwardnień w pochwie. Telecuriétherapia (bardzo kosztowna) jest metodą Coutarda, polegająca na naświetlaniu miejsc podejrzanych o nacieczenie rakowe przy pomocy ognisk radioczynnych położonych na zewnątrz w aparatach jedno, lub wieloogniskowych.

Naświetlanie promieniami Roentgena może być bądź miejscowe — rzadko stosowane ,bądź na okolicę przymacicza. Najbardziej rozpowszechniona jest metoda Coutarda, polegająca na stosowaniu jednej serii naświetlań, rozdzielonej na szereg seansów krótkich, stosowanych 2 razy dziennie. Dla chorych leczących się w przychodni autorowie proponują naświetlanie 2 — 3 razy tygodniowo.

Teleroentgenoterapia polega na naświetlaniu ciała w przypadkach raków bardzo rozległych.

Nie działa zabójczo na komórki rakowe lecz znosi ból i wywiera dobry wpływ prawdopodobnie na drodze hormonalnej.

Elektrokoagulacja działa w przeciwieństwie do radioterapii jednakowo na każdą tkankę, powodując tworzenie się strupa, który z czasem oddziela się od tkanki zdrowej.

Leczenie środkami fizykalnymi powinno poprzedzać dokładne zbadanie stanu serca, płuc, tętna, ciśnienia i morfologii krwi. Konieczną jest dokładna znajomość obszaru nacieczonego rakowymi komórkami, stanu przydatków, pęcherza i odbytnicy.

Występujące u wielu osób na początku leczenia wymioty i zawroty głowy łatwo opanować podawaniem $CaCl_2$, efetoniny lub belladonny. Brak tolerancji na naświetlanie, przejawiający się zawrotami, niepokojem, przyśpieszeniem tętna i obniżeniem ciśnienia nie jest przeciwwskazaniem do dalszego leczenia. Ciężka anemia natomiast występuje rzadko i przejawia się zjawieniem się dużej ilości komórek jednojądrzastych przy ogólnym spadku ilości ciałek białych.

Powyżej opisane metody lecznicze mogą być łączone ze sobą. Najczęstszym połączeniem jest stosowanie radu i promieni X na przymacicza. Autorowie polecają jako I etap leczenia naświetlania promieniami X, które zmniejszają zakażenie i krwawienia, atakują raka od obwodu oraz udrażniają kanał szyi umożliwiając następowe leczenie radem.

G e r n e r i M a l l e t stosują koagulację z radem, zaś przy niemożności stosowania radu z telecurietherapią i naświetlaniami promieniami Roentgena.

Naświetlania promieniami Roentgena po dokonanej operacji dało wyniki rozbieżne. B u m m, W a r n e r k r o s s i inni otrzymywali wyniki dobre, podczas, gdy P h i l l i p p, F r i e d l i S m i d t uważają je za szkodliwe.

S c h i n z stawiając wskazania do naświetlań kieruje się wynikiem operacji i stanem narządów.

Po operacji doszczętnej nie stosuje naświetlań. Po operacji doszczętnej, lecz dającej możliwość nawrotu, bądź stosuje naświetlanie zapobiegawcze, bądź dopiero po wystąpieniu nawrotu.

Operacja niedoszczętna jest wskazaniem do stosowania promieni X.

Dobre jest natomiast stosowanie naświetlań prom. X. przed operacją; może ono spowodować uruchomienie guza i udostępnienie operacji.

Operację należy wykonać w 6 — 8 tygodni od początku naświetlań.

Wielu autorów dodaje do radioterapii nagrzewanie diatermią długofalową, krótkofalową, promieniami pozafiołkowymi lub podczerwonymi dla wzmocnienia organizmu i uczulenia tkanek.

Wyniki leczenia przedstawiają się następująco. Badaniem histologicznym stwierdza się zagęszczenie i rozpad jądra, zmniejszenie ilości podziału bądź podział atypowy, wchłanianie komórek, wreszcie stan spokoju bez podziału, który jeśli jest ostateczny równa się wyzdrowieniu. (Jeśli stan spokoju jest tylko przejściowy, następuje po nim nadmierne mnożenie się). Guz w całości ulega zmniejszeniu, obrzękowi i zrogowaceniu.

Wyniki kliniczne (opisane przez M a t h i e u-C o r n a t) mogą być następujące.

A) Jeśli dawka jest zbyt mała, bądź naświetlenie nie obejmuje dostatecznie dużego pola, bądź guz jest mało wrażliwy — po czasowym polepszeniu może wystąpić nawrót — który jest wskazaniem do następnego naświetlania.

B) Przy stosowaniu leczenia wyłącznie radem występuje często, już po zniknięciu pierwotnego raka, nowe ognisko rakowe w miednicy małej, powodujące silne bóle krzyża. Bóle te należy odróżnić od bólów, związanych z uszkodzeniami późnymi po leczeniu przy których istnieje przeciwwskazanie do II jego naświetlania.

C) W raku bardzo rozległym lub odpornym na leczenie (jak gruczolakorak) mogą, z jednoczesnym polepszeniem w obrębie guza pierwotnego zjawić się dalekie przerzuty poza miednicą małą.

D) Najlepszym zejściem jest wyzdrowienie zupełne, w którym można mówić po pięcioletniej obserwacji. Odsetek zupełnego wyzdrowienia należy od okresu choroby.

Statystyki autorów za lata od 1913 do 1935, obejmują one najmniej 262 chore. Ogólny odsetek wyleczeń wynosi 19,4% — 23,5%

dla okresu I-go — 45% — 87,87%
„ „ II-go — 24% — 50%
„ „ III-go — 10,5% — 45%
„ „ IV-go — 0% — 7,2%

Schinz na zasadzie zbiorowych statystyk opartych o 1379 przypadków podaje % ogólnego wyleczenia na 21%, Gunnet — 20,3%.

Wskazania do leczenia fizykalnego przedstawiają się zdaniem autorów następująco:

Okres I. Wobec dobrych wyników zarówno leczenia operacyjnego jak i fizykalnego, pozostawiają autorowie te przypadki leczeniu radem, w których istnieje przeciwwskazanie do zabiegu. Operować natomiast polecają raki małowrażliwe, bądź powikłane sprawą zapalną, bądź zmianami w pochwie, uniemożliwiającymi włożenie radu. Naświetlanie promieniami X. powinno poprzedzać leczenie radem.

Okres II i III są wskazaniem do leczenia radem i promieniami Roentgena, dla okresu IV nadają się wyłącznie promienie X. O ile zaś zły stan chorej spowodowany ciężką anemią, cukrzycą, zakażeniem itp. nie pozwala na stosowanie naświetlań promieniami X stosują autorowie teleroentgenoterapię połączoną z częstą kontrolą morfologii krwi.

**Naświetlanie promieniami X przez powłoki, jako 1. faza leczenia raka szyjki macicy. (De la Roentgenothérapie par voie externe, comme premier temps du traitement du cancer cervico-uterin). M. B. Mathey-Cornat.**

*Presse Médicale 1937. Nr 70.*

Metoda naświetlania promieniami Roentgena przed leczeniem radem została zapoczątkowana w 1921 r. w Instytucie Radowym w Paryżu, oraz w 1920 r. w Ośrodku przeciwrakowym w Bordeaux. Autor uważa, że każda postać raka za wyjątkiem I-go stopnia oraz postaci, przebiegających z bardzo obfitym krwawieniem, wymagającym natychmiastowego zatamowania, nadają się do uprzedniego naświetlenia promieniami Roentgena.

Naświetlanie przez powłoki brzuszne atakuje oprócz przymacicza gruczoły chłonne miednicy małej, aż do rozdwojenia aorty; ogranicza w ten sposób zasięg nacieczenia nowotworowego i zmniejsza niebezpieczeństwo rozsiania komórek rakowych.

Ponad to promienie X są czynnikami zwalczającymi zakażenie, tak częste przy raku części pochwowej (nawet zakażenie paciorkowcem hemolitycznym) znacznie skuteczniej, niż dotychczasowe metody, jak diatermokoagulacje, wyskrobywanie lub wycinanie elektrycznym nożem narośli nowotworowych.

Naświetlaniem promieniami Roentgena uzyskano poza tym odkażenie uszkodzeń, zmniejszenie rozmiarów guza i nacieków, oraz w dużym odsetku przypadków uruchomienie macicy w 2. okresie choroby.

Z objawów ogólnych osiągnięto spadek ciepłoty, wzmożenie apetytu oraz podniesienie poziomu hemoglobiny.

Wskazaniem do zastosowania promieni X jest również rak szyjki macicy (cancer endocervical), występujący w ilości 4 — 6.8% w stosunku do ilości raków części pochwowej.

Zastosowanie promieni Roentgena w tej postaci raka udrażnia kanał szyi (niszcząc częściowo nowotwór) w 44,72% przypadków. Stosuje się początkowo połowę całkowitej dawki — o ile udrożnienie występuje, to dalsze leczenie polega na założeniu radu do macicy i wtórnym naświetleniu promieniami X po skończonym leczeniu. W przypadkach zaś, w których udrożnienia nie uzyskano — stosuje autor całą dawkę promieni Roentgena, a w II fazie leczenie — rad do pochwy.

Wadą metody kombinowanej leczenia prom. X i radem jest długi pobyt chorej w szpitalu, niekiedy dochodzący do kilkunastu tygodni.

*Zawodziński*

## CHOROBY OCZU.

**Gradówka. Jej istota i związek z niemiarowością. (Le chalazion. Sa veritable nature. Ses rapports avec les amétropies). Goerges Robert (Vincennes).**

*Annales d'oculistique. Juillet 1937.*

Artykuł streszczany jest rodzajem listu otwartego, otrzymanego przez redakcję Annales d'oculistique od dra G. Robert w odpowiedzi na artykuł dra Solignac wydrukowany w powyższym piśmie w lutym 1937 roku (patrz „Wiedza Lekarska" wrzesień 1937 r.: Przyczynek do nauki o etiologii i patogenezie gradówki. G. Solignac).

Autor, który już w 1933 r. był rzecznikiem poglądu o wpływie niemiarowości na rozwój gradówki, w artykule swym zajmuje w dalszym ciągu poprzednie stanowisko.

W ciągu bez mała 20 lat autor systematycznie badał wpływ niemiarowości na oko, przede wszystkim na jego przydatki (powieki, drogi łzowe, etc.).

Materiał autora oparty był na kilku tysiącach spostrzeganych przypadków, jak również histologicznych badaniach gradówek, które, jako były pracownik Instytutu Pasteura oraz czasowy zastępca Chaillous w Quinze-Vingts, miał możność przeprowadzić w swych pracach laboratoryjnych. Od czasu publikacji na łamach Annales d'oculistique w sierpniu 1933 roku pracy na omawiany temat, autor miał możność sprawdzić słuszność swych poprzednio ogłoszonych poglądów i obecnie dochodzi do niżej przytoczonych wniosków.

Gradówka jest cystą retencyjną, powstającą zawsze w oczach niemiarowych, częstokroć z bardzo nieznaczną niemiarowością.

Po dokładnym i całkowitym poprawieniu niemiarowości, gradówka, nawet bardzo duża, znika we wszystkich prawie przypadkach po mniej lub bardziej długim stosowaniu szkieł poprawiających.

W czasie długich lat poświęconych badaniu tego zagadnienia, autor ani razu nie stwierdził gradówki na oku zupełnie miarowym.

Autor przewiduje sceptycyzm z jakim napewno spotka się wyznawana przez niego teza i odsyła czytelników do swego wspomnianego wyżej artykułu z 1933 roku, gdzie znajdą opis miejscowego leczenia środkami lekarskimi obok leczenia optycznego.

Następnie przytacza wyjątki z listu dra Eydelnanth z Leningradu, otrzymanego w 1935 r., z którego wynika zgodność poglądów au-

tora listu z poglądami autora artykułu. E y d e l n a n t h wyraża żal, że T e r s o n w pracy swej o leczeniu wyprysków powiekowych, ogłoszonej w styczniu 1934 r. (patrz „Wiedza Lekarska" Rok IX, zeszyt I, Styczeń 1935 r.) ani jednym słowem nie wspomniał o konieczności poprawienia łamliwości, która, a priori, jest u takich chorych wadliwa.

Zdaniem autora streszczanego artykułu najistotniejszą jest sprawa dokładnego i zupełnego poprawienia niemiarowości, szczególnie jej lekkich stopni (nieznaczne niezborności, najczęściej nadwzroczne i skośne) w przypadkach większości ostrych lub przewlekłych schorzeń powiek i dróg łzowych.

Gdyby zastosowano się powszechnie do wyżej wspomnianego zalecenia, znikłyby prawie zupełnie jęczmyki, gradówki, łzawienie w stadiach początkowych, jak również niektóre nieżyty spojówek, oporne na wszelkie leczenie.

Autor postępując stosownie do powyższego, otrzymał w praktyce swej doskonałe wyniki. Niezmiernie ważną sprawą jest dokładność badania niemiarowości, wobec czego autor podaje krótko zasadnicze wskazówki.

1. Jest niezbędnym poprawić w z u p e ł n o ś c i wadę refrakcji, nawet najlżejszą, nade wszystko niezborność.

2. W znakomitej większości przypadków badanie należy przeprowadzić w sposób wyłącznie obiektywny, w ciemni, po zastosowaniu atropiny.

Później, w miarę wzrostu doświadczenia w badaniu, atropinizacja jest zbyteczną, za wyjątkiem wypadków badania dzieci, kiedy należy porazić nastawność przy pomocy atropiny.

Badanie, jak powyższe, częstokroć długotrwałe i męczące, wymaga:

1. bardzo dokładnych instrumentów pomocniczych (oftalmometr)

2. dostatecznego doświadczenia w ocenie otrzymanych rezultatów.

Należy narzucić pacjentowi teoretycznie znalezioną korrekcję, pacjent winien stale nosić szkła poprawiające wadę refrakcji, przynajmniej w odniesieniu do patrzenia zbliżonego.

U pacjentów w wieku około 35 lat z lekką niezbornością prostą, wskazane jest do cylindra korygującego (convex lub concav) dodać słabe szkło sferyczne wypukłe, o ile poprawia ono widzenie z bliska. O powyższym należy zawsze pamiętać przy przepisywaniu szkieł dla osobników młodych wiekiem.

Pacjenci z początku z trudem przyjmują całkowitą korrekcję, następnie przyzwyczajają się i w dużej ilości przypadków staje się ona niezbędną.

W wypadkach zbyt utrudnionej zdolności nastawności należy nieco zmniejszyć siłę soczewki poprawiającej.

Czasami, po kilkakrotnym badaniu, gdy nastawność zostanie zwolnioną, udaje się poprawić wadę refrakcji w sposób niemal matematycznie ścisły.

Na ogół, zdaniem autora, gradówka winna zniknąć dzięki leczeniu optycznemu i lekarskiemu. Nie jest ona guzem organicznym (tumeur organisée).

Zniekształcenie i zmiany komórek wydzielniczych, rozmaitość zawartości nie może dziwić, jeśli uprzytomnimy sobie, że chodzi tu o zjawisko zatrzymania, retencji.

Obecność drobnoustrojów tłumaczy się stanem zapalnym kanalików, który to stan jest podstawą powstawania cyst.

*S. Topolski*

## *CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.*

**O nawale oczodołu pochodzenia nosowo-zatokowego. (Les fluxions orbitaires d'origine naso-sinusienne). Sargnon i Paufique.**

*Les annales d'oto-laryngologie 1937, Nr. 10.*

Na wstępie autor omawia historyczną stronę zagadnienia, nad którym zastanawiali się już liczni autorowie (Rollet 1898, Morean 1905, Tiffony 1914, Zemáitre 1921, Vernieune 1922, Canuyt, Ramadier 1924, Terrien 1934, Laskiewicz 1934, Sargnon 1935 i wielu innych). Dla oceny klinicznej wskazany jest nieco inny podział zatok nosa, niż to czynią autorowie, a mianowicie z grupy przedniej należy wyodrębnić: 1) zatokę szczękową, która stosunkowo rzadko daje powikłania oczne, a to z powodu względnie grubej górnej ściany kostnej tj. tej, która ją oddziela od oczodołu i przeciwnie, 2) sitówki przednie i ich pochodna: zatoka czołowa są bardzo słabo odgraniczone od oczodołu. Najrzadsze są zdaniem autorów predyspozycje anatomiczne do zakażenia oczodołowego w obrębie 3) tylnej grupy jam bocznych tj. w obrębie sitówek tylnych i zatoki klinowej. Bonnet badał miejsca predysponowane do rozprzestrzenienia zakażenia, oglądając blaszki kostne pograniczne pod światło i doszedł do wniosku, że istnieją cztery punkty predysponowane.

Pierwszy znajduje się w ścianie oczodołowej zatoki czołowej, drugi nieco niżej, trzeci i czwarty znajdują się w sitówkach poprzednich: cellule de l'agger i cellules de la bulle. Ważne są nowsze badania, wskazujące na znacznie wcześniejszy rozwój zatok, niż to dotychczas przyjmowano. I tak zatoka szczękowa i sitówki przednie rozwijają się wedle tych badań już u płodu, zatoka czołowa już w pierwszym roku życia, a tylko sitówki tylne wraz z zatoką klinową powstają dopiero nieco później, by dojść do pełnego rozwoju koło 14-go roku życia.

Pod względem klinicznym rozróżniają autorzy dwa rodzaje nawału: 1) powierzchowny, czyli powiekowy i 2) głęboki, czyli oczodołowy, tj. rozwijający się w tłuszczu oczodołowym. Nawał powierzchowny umiejscowiony jest — jeśli pominąć nieistotne klinicznie przekrwienie oboczne tkanki oczodołowej — w trojaki sposób. Gdy przyczyną jest zatoka czołowa, obrzęk dotyczy głównie powieki górnej i okolicy brwi; gdy przyczyną są sitówki przednie, obrzęk obejmuje okolicę wewnętrznego kąta oka, przechodząc mniej lub więcej na sąsiednie części powieki jednej czy drugiej. W rzadkich przypadkach pochodzenia z zatoki szczękowej nabrzmiewa dolna powieka lub okolica powiekowo - jarzmowa. Drugi właściwy rodzaj nawału, jest nawał głęboki. On to głównie zasługuje na głębszą analizę kliniczną dzięki bardziej skrytym zmianom zatokowym, uchylającym się od łatwego rozpoznania, dzięki dużemu nasileniu objawów miejscowych i ogólnych i dzięki przeważnie dobrotliwemu przebiegowi mimo znacznego zajęcia tkanki oczodołowej. Trudno opisać wielokształtność objawów nawału głębokiego w ramach referatu. Na podkreślenie zasługuje jeden objaw natury negatywnej tj. nienaruszona czynność wzrokowa i nienaganny wygląd samej gałki ocznej, w szczególności rogówki i źrenicy z tęczówką, mimo mniej lub więcej zaznaczonego wytrzeszczu. Po kilku dniach, — czasem nawet godzinach, — gwałtowne i alarmujące objawy cofają się, niekiedy po wydaleniu się ropy z nosa, i następuje powrót do zdrowia, pozostawiając jednak, na co zwracają uwagę różni autorzy, skłonność do nawrotów w najbliższych tygodniach lub miesiącach. Trzeba wiedzieć, iż zespół nawału głębokiego może także być aktem niejako zwiastunowym, rozwijającego się procesu ropnego w tkance oczodołowej.

W tym wypadku po częściowym przełamaniu pierwszych ostrych objawów następuje okres miernych nasileń, utrzymujących się temperatur, zaznaczonego bólu, obrzęku, którym towarzyszą złe samopoczucie, niepokój, zła cera twarzy, a przede wszystkim dwa objawy: nieruchomość gałki z rozszerzeniem źrenicy i obniżona lub zniesiona wrażliwość dotykowa rogówki. Rozwijają się ciężkie objawy oczne i upośledzenie bystrości wzrokowej aż do ślepoty, wziernikowo stan zapalny brodawki nerwu wzrokowego, rozszerzenie naczyń dna. Badanie krwi wykazuje leukocytozę. Co do form klinicznych nawału głębokiego wspomnieć wypada o odmianach nawału obustronnych z przewagą jednak jednej, o formach nawrotnych, towarzyszących miesiączce, a ustępujących dopiero po usunięciu przyczyny nosowej, wreszcie o formach z porażeniem zewnętrznych mięśni gałki, zwłaszcza nerwu trzeciego. W krótkich słowach można określić nawał jako ostry dobrotliwy wytrzeszcz z obrzękiem powiekowym pochodzenia nosowego. Różniczkowo wchodzą w rachubę: 1) Thrombophlebitis zatok nosa (ciężki septyczny przebieg, obustronność, jawna przyczyna jak czyrak twarzy, choroby zębów, peritonsillitis, otomastoiditis), 2) Osteomyelitis, Osteoperiostitis, 3) ropowica tkanki oczodołowej. Co do przyczyn, to jakkolwiek teoretycznie mogą one być bardzo różne, o czym należy pamiętać, to jednak praktycznie wchodzą niemal wyłącznie w rachubę zatoki nosa; zapobiegawczo ważne jest wkraczać leczniczo w wypadkach silnych nieżytów nosa, przebiegających wśród silnych objawów ocznych i myśleć dość wcześnie o możliwości skrytych schorzeń zatok. Nie należy też zapominać o możliwości ciał obcych nosa, jakoteż o chorobach zębów jako źródle dalszych powikłań. Jakkolwiek zawał oczodołu jest na ogół cierpieniem o przebiegu korzystnym, należy w świadomości możliwych powikłań i w dążeniu do uniknięcia ich położyć pacjenta do łóżka, dbając o dostateczny stan wilgoci powietrza i odpowiednią temperaturę w pokoju chorego, zwracać uwagę na temperaturę ciała, ewentualne dreszcze, nudności, wymioty jako objawy powikłań, regularne wypróżnienia i powściągliwe odżywianie. Miejscowo należy stosować wilgotne okłady wodą przegotowaną lub płynem fizjologicznym (Parthiot), co zapobiega maceracji skóry i rogówki. Mniej stosowane są używane tu i ówdzie okłady lodowe. Wskazane są krople do oczu (5% argyrol), wziewania gomenolu, eukalyptolu, balsamu peruwiańskiego, olejku sosnowego, rozmarynowego itp. Do nosa należy stosować kokainę, adrenalinę i preparaty srebrowe, ewentualnie aplikowane przez lekarza w okolice ujść zatokowych. Niektórzy stosują szczepionki zakraplane do nosa, inni wstrzykiwania bakteriofagu.

Na stosowanie autowakcyny szybki przebieg za-

wału nie zostawia zwykle czasu. Terson widział dobre wyniki po pijawkach, inni po wstrzykiwaniach uroforminy i różnych soli srebrowych (elektrargol, voltargol itp.). Nie można też pomijać zupełnie fizjoterapii (ciepło, diatermia). Niekiedy należy w zawale otworzyć zatoki względnie komórki, nie tykając ogniska zawału, czym wkraczamy już na teren leczenia chirurgicznego. Leczenia chirurgicznego niepodobna omówić w ramach referatu. Wskazanie do niego jest dane w każdym przypadku wątpliwym. Najczęściej wkracza się drogą zewnętrzną, przy czym należy dążyć do oczodołu podokostnowo i starając się dotrzeć zarówno do ogniska ropnego w oczodole jak i do źródła zakażenia w zatokach. W zasadzie z jednego cięcia można dotrzeć do wszystkich zatok i komórek, nawet do zatoki klinowej; czasem wykonywuje się dla zatoki szczękowej operację Luca. W pewnych razach wystarczy resekcja przedniej lub tylnej części muszli średniej dla uzyskania korzystnego zwrotu w przebiegu choroby. W razie obecności zapalenia nerwu wzrokowego rokowanie co do wzroku jest wątpliwe. W statystyce Angièra na 16 przypadków operacyj wypadło 8 wyleczeń nerwu, 5 zaników nerwu, 2 przypadki śmiertelnej meningitis, 1 przypadek wyłuszczenia gałki z powodu grożącego zapalenia sympatycznego drugiego oka.

**Rozważania nad rzadkim przypadkiem wrodzonego zrostu tylnych łuków podniebienia miękkiego. (Considérations sur un cas rare de synéchie congénitale des piliers postérieurs du voile palatin). D. I. Vasilin i G. Coracin.**

*J. w.*

Autorzy opisują przypadek zmiany rozwojowej godny uwagi jako rzadkość, a raczej jako unikat. Nieco wyższy stopień tej anomalii byłby już równoznaczny z przecięciem połączenia między jamą ustną a gardłem, przecięciem, wykluczającym utrzymanie przy życiu od chwili przyjścia na świat, albowiem uniemożliwiałby on pobieranie pokarmów. W wypadku opisanym, spostrzeganym przez autorów u siedmioletniego chłopczyka ekran stworzony przez tylne łuki pozostawiał tylko wolny drobny otworek, znajdujący się całkiem nisko nad nagłośnią. Ruchomość łuków wszakże nie była upośledzona, a wygląd ich, zupełnie prawidłowy, wykluczał — zarówno jak wywiady — jakiekolwiek przebyte sprawy owrzodzeniowe i bliznowate. Również kiłę można było wykluczyć. Odżywianie odbywało się wystarczająco jak niemniej oddychanie. Natomiast istniał obustronny wyciek z ucha środkowego. Udało się przeprowadzić adenotomię, wskazaną z powodu znacznego trzeciego migdałka. Po tym zabiegu poprawiła się waga ciała, a wyciek uszny się zmniejszył. Autorzy omawiają opisaną anomalię pod względem rozwojowym w związku z łukami skrzelowymi.

**Z okazji przypadku ropnia otorbionego płatu skroniowego pochodzenia usznego. (A propos d'un cas d'abscès encapsulé du lobe temporal, d'origine otique). M. David, H. Askenasy i R. Petel.**

*J. w.*

Z okazji przypadku dokładnie opisanego wraz z zastosowaną techniką operacyjną jakoteż zacytowanych dawniejszych podobnie traktowanych przypadków wypowiadają autorzy pogląd, że szereg przypadków ropni mózgowych pochodzenia usznego można operować odrębnie, niż to dzieje się dotychczas i uzyskiwać tą drogą znacznie korzystniejsze wyniki. Autorzy wychodzą z doświadczenia, wykazującego, że ropnie otorbione mózgu można doskonale wyłuszczyć bez ich otworzenia jako całość wraz z ich torebką (membrana pyogenes), po uprzednim nacięciu tkanki mózgu na szerszej przestrzeni. Już po paru tygodniach trwania ropnia torebka (błona) taka się wytwarza. Na zarzut otologów, że w przeważającej ilości przypadków musi się wkraczać bez możności wymaganego tu odczekania odpowiadają autorzy, że, jak doświadczenie pokazało, rozwiązanie zagadnienia polega na operacji dwuczasowej. W pierwszej fazie operacyjnej należy się ograniczyć do dekompresji, ewentualnie z punkcją ropnia transduralną, co wystarcza dla usunięcia groźnych objawów, a po odczekaniu dojrzenia ropnia i wytworzenia się torebki można wykonać wyłuszczenie, które wówczas udaje się najzupełniej. Wbrew innym przypuszczeniom i zapodaniom chorzy zabieg ten znoszą bardzo dobrze, podobnie jak i w przypadku opisanym przez autorów; przebieg pooperacyjny jest bardzo krótki, a rana goi się zazwyczaj per primam intentionem. Rozpoznanie ścisłe umiejscowienia ropnia niekiedy wymaga encephalografii i czasami do rozpoznania przyczynia się seria klinicznych okresów zaostrzeń, niekiedy w przewlekających się przypadkach stwierdza się objawy psychiczne z zabarwieniem depresyjno - lekowym, zwłaszcza gdy chodzi o ropnie płatu skroniowego. Wyleczenie uzyskane drogą wyłuszczenia jest ostateczne, a statystyka operacyjna pod względem śmiertelności bardzo korzystna. Zdaniem autorów przedstawione przez nich punkty widzenia i doświadczenia otwierają przed otochirurgią nowe obiecujące perspektywy.

*A. Schwarzbart.*

# KOMUNIKATY

## KONKURS ZAKOPIAŃSKI.

Towarzystwo Lekarskie w Zakopanem, wprowadzając w życie projekt Zarządu Gminy Uzdrowiskowej Zakopane, dążący do pobudzenia prac naukowo-badawczych, dotyczących właściwości leczniczych Zakopanego, jako wysokogórskiego uzdrowiska, — ogłasza niniejszym konkurs na pracę z tego zakresu, obejmującą następujące działy:

1) Biologiczne działanie klimatu zakopiańskiego na ustrój zdrowy (promieniowanie, znaczenie wiatrów, ciśnienie atmosferyczne, gleba, flora).

2) Wodolecznictwo w połączeniu z lecznictwem klimatycznym w Zakopanem.

3) Wpływ klimatu zakopiańskiego na sprawność fizyczną (sporty).

4) Prace kliniczne, dotyczące wpływu klimatu zakopiańskiego na ustrój chory (narządy miąższowe, krążenia, narząd oddechowy, gruczoły dokrewne, system wegetatywny itp.).

I. Prace należy nadsyłać na ręce Prezesa Towarzystwa Lekarskiego w Zakopanem w 6-ciu egzemplarzach w maszynopisie z marginesem po stronie lewej.

II. Praca winna być zaopatrzona godłem i nie zawierać nazwiska autora. W dołączonej zamkniętej kopercie również zaopatrzonej godłem należy podać imię i nazwisko oraz adres autora.

III. Prace winne być oryginalne i przed ogłoszeniem wyniku konkursu nie mogą być ogłaszane drukiem.

IV. Nagrody w wysokości 1) w sumie 1.500 zł, 2) 1.000 zł, 3) 500 zł — zostaną wypłacone przez Zarząd Miejski w ciągu miesiąca od daty ogłoszenia wyników konkursu.

V. Termin nadsyłania prac upływa w dniu 30 grudnia 1938 r.

VI. W konkursie może brać udział każdy lekarz lub przyrodnik.

VII. Członkowie jury nie mogą być autorami prac, zgłoszonych do konkursu.

VIII. Warunki konkursu będą podane w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich nr 9. 1937 i rozesłane wszystkim lekarzom w Polsce.

IX. Wyniki konkursu będą ogłoszone w sezonie zimowym 1939 r.

X. Nagrodzone prace stają się własnością Zarządu Gminy Uzdrowiskowej w Zakopanem, którymi może on dowolnie dysponować.

XI. W skład jury wchodzą zaproszeni przez Tow. Lek. w Zakopanem i Zarząd Gm. Uzdr. Zakopane PP. prof. dr E. Godlewski z Krakowa, prof. dr J. Latkowski z Krakowa, doc. dr Br. Nowakowski z Warszawy, prof. dr E. Piasecki z Poznania, prof. dr A. Sabatowski ze Lwowa, inż. E. Zaczyński, burmistrz Zakopanego i dr Józef Żychoń, prezes Tow. Lek. w Zakopanem.

## KONKURS NA PRACĘ NAUKOWĄ Z ZAKRESU HYDROLOGII.

Celem zachęcenia do podjęcia prac z zakresu hydrologii, Sekcja Naukowa Związku Lekarzy Szczawnicy ogłasza konkurs na pracę naukową o wodach szczawnickich.

1. W konkursie mogą brać udział obywatele Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Prace winny być oryginalne, dotąd nigdzie nie drukowane, oparte na własnych doświadczeniach i spostrzeżeniach.

3. Tematem prac mogą być spostrzeżenia kliniczne jak również doświadczalne z zakresu działania wód szczawnickich.

4. Prace konkursowe podpisane obranym przez autora godłem powinny być nadesłane w maszynopisie w 5 egzemplarzach najpóźniej *do dnia 1 lutego 1939 r.* pod adresem: Sekcja Naukowa Związku Lekarzy w Szczawnicy. Do prac należy załączyć zamkniętą kopertę na zewnątrz zaopatrzoną w godło, wewnątrz zaś zawierającą imię, nazwisko i adres autora.

5. Ocenę prac nadesłanych przeprowadzi Sąd Konkursowy, w skład którego wchodzą: Przewodniczący — Prof. Dr Orłowski W. Członkowie — Profesorowie Dr Dr: Januszkiewicz A., Jezierski W., Kozkowski Wł., Sabatowski A., Szumowski Wł., Tempka T.

6. Ustala się nagrody za przyjęte przez Sąd Konkursowy prace: I — 500 zł., II — 300 zł. i III — 200 zł.

7. Sąd Konkursowy ma prawo przyznawać tylko niektóre, lub żadnej z ogłoszonych nagród a pozostałe z tego tytułu fundusze przekazać na następny konkurs.

8. Przyznanie i rozdanie nagród nastąpi na I-szym Zjeździe Lekarzy w Szczawnicy w 1939 r.

9. Zatsrzega się prawo wykonania odbitek z prac nagromadzonych.

10. Wód szczawnickich w ilościach niezbędnych do wykonania prac dostarczy Dyrekcja Zakładu Zdrojowo-Kąpielowego A. hr. Stadnickiego a zapotrzebowanie należy skierować pod adresem Sekcji Naukowej Związku Lekarzy w Szczawnicy.

## CZWARTY KONKURS ROZPOZNAWCZO - LECZNICZY I OPERACYJNY Z OTO - RYNOLARYNGOLOGII DLA LEKARZY.

Czwarty konkurs rozpoznawczo-leczniczy i operacyjny z oto-rynolaryngologii dla lekarzy w Klisię 1 lipca 1938 roku, pod kierownictwem prof. A. Laskiewicza ze współudziałem: doc. dra Skubiszewskiego (chirurga), dra Warpechowskiego (neurologa), dr Łączkowskiej (wady mowy) oraz asystentów Kliniki Otolarygologicznej U. P. drów: Iwaszkiewicza, Zakrzewskiego i Radzymińskiego i trwać będzie 2 tygodnie.

1. VII. — piątek.

Godz. 9—11,30. Repetitorium z anatomii i fizjologii nosa, zatok bocznych i gardła. Prof. Laskiewicz.

Godz. 11,30—13. Anatomia topograficzna nerwów czaszkowych, jako wstęp do znieczulania przewodowego w oto-rynolaryngologii. Tenże.

Godz. 15,30—17. Repetitorium z patologii nosa, zatok bocznych i gardła z uwzględnieniem terapii. Tenże.

Godz. 17—18. Doc. dr Skubiszewski: Transfuzja krwi i jej znaczenie w oto-rynolaryngologii. Klinika Otolar. U. P.

Godz. 18—1930, Prof. dr Laskiewicz: Znieczulanie miejscowe i przewodowe w rynologii.

2. VII. — sobota.

Godz. 8,30—10,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowym omówieniem wskazań i techniki. Prof. Laskiewicz. Sala operacyjna.

Godz. 10,30—13. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób uszu, nosa, gardła i krtani na przypadkach). Tenże.

Godz. 15—16,30. Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: znieczulenie przewodowe w rynologii, operacje plastyczne i korektury nosa. Tenże wspólnie z asystentami kliniki. Zakład anatomii opisowej U. P., ul. Heliodora Święcickiego.

Godz. 16,30—17,30. Doc. dr Skubiszewski: Schorzenia śródpiersia w związku ze sprawami chorobowymi gardła i przełyku oraz sposoby ich leczenia operacyjnego. Klin. Otolar. U. P.

Godz. 17,30—19. Dr Iwaszkiewicz: Powikłania oczne i oczodołowe w ostrych i przewlekłych ropnych zapaleniach zatok bocznych nosa.

4. VII — poniedziałek.

Godz. 8,30—10,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowym omówieniem wskazań i techniki. Prof. dr Laskiewicz. Sala operacyjna.

Godz. 10,30—13. Badania chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże.

Godz. 15,30—17,30. Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: operacje doszczętne zatok bocznych nosa, operacja transmaxillonasalna Mour'a. Tenże wspólnie z asystentami kliniki. Zakład anatomii opisowej.

Godz. 17,30—19. Tenże: Zasady endoskopii górnych i dolnych dróg oddechowych. Klinika Otolaryng. U. P.

5. VII — wtorek.

Godz. 8,30—11,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowym omówieniem wskazań i techniki. Prof. dr Laskiewicz. Sala operacyjna.

Godz. 11,30—13. Badania chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże.

Godz. 16—18,30. Repetitorium z anatomii i fizjologii narządu słuchowego i statycznego. Tenże.

6. VII. — środa.

Godz. 8,30—10,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowym omówieniem wskazań i techniki. Prof. dr Laskiewicz. Sala operacyjna.

Godz. 10,30—13. Badania chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże.

Godz. 15,30—16,30. Kurs operacyjny wraz z ćwiczeniami na zwłokach: znieczulenie miejscowe w otiatrii, antrotomia i operacja doszczętna. Tenże wspólnie z asystentami kliniki. Zakład anatomii opisowej U. P.

Godz. 16,30—18,30. Repetitorium z anatomii i fizjologii krtani — badanie krtani stroboskopem. Tenże. Klinika Otolaryng. U. P.

Godz. 18,30—20. Badanie słuchu. Tenże wspólnie z drem Zakrzewskim.

7. VII. — czwartek.

Godz. 9—11. Zabiegi operacyjne mniejsze, mukotomia, eporotomia, wycięcie podśluzowe przegrody nosa, przekłucie próbne zatoki szczękowej,

endonasalne otwarcie zatok bocznych nosa. Prof. dr Laskiewicz.

Godz. 11,30—13,30. Wizyty na salach chorych, omówienie przypadków leżących i leczenia pooperacyjnego. Tenże.

Godz. 15,30—17. Diatermia, elektrokoagulacja i fototerapia w praktyce oto-ryno-laryngologicznej. Tenże wspólnie z drem Zakrzewskim.

Godz. 17—18,30. Dr Iwaszkiewicz: Schorzenia ucha środkowego i ich powikłania u osesków.

Godz. 18,30—19,30. Dr Zakrzewski: Rentgenodiagnostyka ucha i schorzeń zatok bocznych nosa.

8. VII. — piątek.

Godz. 8,30—10,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowym omówieniem wskazań i techniki. Prof. dr Laskiewicz. Sala operacyjna.

Godz. 10,30—13. Badania chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże.

Godz. 15—16. Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: operacje błędnikowe, odsłonięcie opuszki żyły jarzmowej, podwiązanie żyły jarzmowej, oraz tętnic: językowej, szyjnej zewnętrznej i wewnętrznej. Tenże wspólnie z asystentami kliniki. (Zakład anatomii opisowej U. P.).

Godz. 16,30—18. Badanie narządu statycznego. Tenże wspólnie z drem Zakrzewskim. Klinika Otolaryng. U. P.

Godz. 18—19,30. Dr Warpechowski: Powikłania wewnątrzczaszkowe pochodzenia usznego, guzy mózgu i móżdżku (w szczególności w związku z nerwem VIII), ze stanowiska neurologii.

9. VII — sobota.

Godz. 8,30—10,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowym omówieniem wskazań i techniki. Prof. dr Laskiewicz. Sala operacyjna.

Godz. 10,30—13. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże.

Godz. 15—17. Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: tracheotomia, laryngofissura, oesophagotomia externa. Tenże wspólnie z asystentami kliniki. (Zakład anatomii opisowej Uniw. Pozn.).

Godz. 17—18. Doc. dr Skubiszewski: Schorzenia tarczycy ze szczególnym uwzględnieniem zmian chorobowych, występujących w związku z nimi w krtani i tchawicy. Klinika Otolaryngol. U. P.

Godz. 18,30—19,30. Pokaz filmu badania narządu statycznego.

11. VII. — poniedziałek.

Godz. 8—11. Zabiegi operacyjne mniejsze: Adenotomia, tonsillectomia modo Sluder i Portmann. Prof. Laskiewicz.

Godz. 11—13,30 Badania chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa, gardła krtani i uszu na przypadkach). Tenże.

Godz. 13,30—17,30. Tracheobronchoskopia. Technika wydobywania ciał obcych z oskrzeli z ćwiczeniami na psach. Tenże. Klinika Otolaryng. U. P.

Godz. 17,30—19. Endoskopia gardła dolnego i przełyku z ćwiczeniami na psach. Tenże.

Godz. 19—20. Nowotwory gardła i krtani i sposoby ich leczenia. Tenże.

12. VII. — wtorek.

Godz. 8,30—10,30. Pokazy operacyjne ze szczegółowym omówieniem wskazań i techniki. Prof. Laskiewicz. Sala operacyjna.

Godz. 10,30—13. Badania chorych przychodnich z uwzględnieniem terapii zmian specyficznych w krtani (tbc, lues) na przypadkach. Tenże.

Godz. 15,30—16,30. Tracheo-broncho-oesophagoskopia z ćwiczeniami na psach. Tenże.

Godz. 16,30—19. Dr Warpechowski: Diagnostyka i terapia zapaleń opon mózgowych pochodzenia usznego. Klinika Otolaryng. U. P.

13. VII. — środa.

Godz. 9—11,30. Zabiegi operacyjne mniejsze: gardło, krtań z uwzględnieniem leczenia zwężeń krtani i tchawciy.

Godz. 11,30—13. Wizyty na salach chorych, omówienie przypadków leżących i leczenia pooperacyjnego.

Godz. 15,30—18. Dr Łączkowska: Klasyfikacja wad mowy głosu.

Godz. 18—19,30. Prof. Laskiewicz: Stany posocznicowe pochodzenia ogniskowego z górnych dróg oddechowych.

14. VII. — czwartek.

Godz. 8,30—11. Badania chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu, ewentualne zabiegi operacyjne mniejsze) na przypadkach. A. Laskiewicz.

Godz. 11,30—12,30. Dr Radzymiński: Problem allergii i anafilaksji w oto-ryno-laryngologii.

Godz. 16,30—17,30. Tracheo-broncho-ezofagoskopia na przypadkach klinicznych. A. Laskiewicz.

Godz. 17,30—18,30. Dr Zakrzewski: Zasady leczenia wziewaniami chorób górnych dróg oddechowych.

27. VII. Zamknięcie kursu.

Opłata za kurs wynosi 80 zł, które wraz ze zgłoszeniem uprasza się przesłać na ręce prof. Laskiewicza, Poznań, Fredry 7. Ze względu na koszty połączone z organizacją, kurs może się odbyć przy najmniejszej liczbie 5-ciu uczestników.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.



Zakł. Graf. „DRUKPRASA". Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.